Medicare y Usted 2006

Este año es distinto.

Todos los beneficiarios necesitan tomar una decisión acerca de la cobertura de recetas médicas.

Consulte la Sección 2 para averiguar qué necesita hacer y saber sobre sus recetas médicas y las opciones de planes.

Esta es la publicación oficial del gobierno.

Centros De Servicios De Medicare Y Medicaid

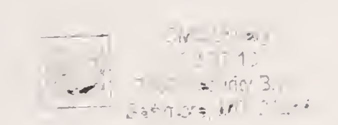
Todos los beneficiarios deben tomar una decisión este año

A partir del 1 de enero de 2006, Medicare ofrecerá cobertura de recetas médicas a través de los planes de Medicare para recetas médicas y otras opciones de planes de salud. Las compañías de seguro y otras compañías privadas trabajan con Medicare para ofrecer estos planes. **Si se inscribe para el 31 de diciembre de 2005, no perderá ni un día de cobertura.**

Debido a cambios en el Programa Medicare, todos los beneficiarios de Medicare deben tomar una decisión acerca de la cobertura de sus recetas médicas, este año. Si desea más información sobre estos cambios, consulte las páginas 105 – 140.

Aun si usted actualmente no toma muchos medicamentos, debe sin embargo leer la información relacionada con los planes de Medicare para recetas médicas y considerar inscribirse en uno de ellos. A medida que se envejece, se necesitan más medicamentos para mantenerse sano. Para la mayoría de las personas, inscribirse ahora significa pagar una prima mensual más baja en el futuro, dado que se cobrará una penalidad si decide inscribirse más tarde.

- **Fin de esta página**



Guarde esta publicación

Este manual describe cambios importantes en Medicare. Usted encontrará información básica sobre el Programa Medicare así como información específica sobre cada tipo de Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare y sus opciones de cobertura de recetas médicas.

Esta publicación es una fuente importante para tener como consulta durante todo el año. La información es válida para el 2006, pero recuerde que este año es diferente a otros años. Use esta publicación en lugar de cualquier versión anterior. Téngala a su alcance por si necesita consultarla.

¿Cómo puede buscar en este manual la información que le interesa?

Hay dos maneras de buscarla:

1. Consulte la “Tabla de Contenido”. En esta lista aparecen los temas por sección y número de página.

2. Vea el “índice” en las páginas 213 – 222. Es una lista en orden alfabético sobre los temas específicos del manual con número de página. Este es el modo más sencillo de buscar información.

Nota: En esta publicación encontrará palabras subrayadas. La definición de las mismas está en las páginas 9 – 17.

Ahora Medicare le Ofrece más Cobertura que Nunca

La medicina moderna está haciendo más que nunca para prevenir las enfermedades y sus complicaciones, y ahora Medicare cubre más del cuidado médico que puede ayudarle a mantenerse saludable. Medicare ahora cubre servicios preventivos y opciones nuevas para prevenir las complicaciones de enfermedades crónicas. Y, a partir del 1 de enero de 2006 Medicare ofrecerá una cobertura segura de sus medicamentos recetados que permitirá a los beneficiarios pagar más fácilmente por sus medicamentos y mantenerse sanos.

Todas las personas con Medicare son elegibles para inscribirse voluntariamente, independientemente de sus ingresos, condiciones preexistentes o los gastos que tengan en medicamentos. La cobertura de recetas médicas de Medicare es un seguro que por lo general, pagará por cerca de la mitad de los costos de sus medicamentos. Esto le significará una gran tranquilidad al evitar que sus gastos de medicamentos sean elevados. Hay ayuda adicional disponible para los beneficiarios que tienen ingresos y recursos limitados. Aproximadamente 1 de cada 3 personas con Medicare será elegible para la ayuda adicional y Medicare pagará por casi todos los costos de las recetas médicas.

Dado que los beneficiarios de Medicare reciben su cuidado de maneras distintas, usted tiene opciones de cobertura de medicamentos. Puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, en un Plan

Ahora Medicare le Ofrece más Cobertura que Nunca (continuación)

Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Cualquiera que sea el que usted escoja, la cobertura de Medicare le ayudará pagando por los medicamentos de marca o genéricos en las farmacias que le convengan. Y, si usted ya tiene cobertura de medicamentos de su antiguo empleador o sindicato, Medicare puede ayudar a su empleador o sindicato a pagar por ella para que la mantenga.

Si necesita ayuda, Medicare está aquí para usted. Use este manual para analizar nuevamente a Medicare. Medicare está trabajando con varios grupos comunitarios para brindarle la ayuda personalizada que usted necesita. Medicare y muchos de sus asociados pueden ayudarle a tomar una decisión sobre el plan de Medicare que le convenga más. Usted puede llamar gratis al 1 800 633 - 4227 o visitar www.medicare.gov para obtener información personalizada.

Michael O. Leavitt
Secretario

Departmente de Salud
y Servicios Humanos

Mark McClellan, M.D., Ph.D.
Administrador

Centros de Servicios de
Medicare y Medicaid

Consejos Utiles ___ Páginas 7 – 8

Sección 1: Definiciónes de las palabras subrayadas ___ Páginas 9 – 18

Sección 2: Comienzo ___ Páginas 19 – 26

Sección 3: Lo Básico del Seguro Medicare ___ Páginas 27 – 58

Información básica ___ Páginas 27 – 28

La Parte A de Medicare—Lo que cubre ___ Páginas 29 – 33

La Parte B de Medicare—Lo que cubre ___ Páginas 33 – 49

Lo que no está cubierto ___ Páginas 50 – 51

Cobertura de recetas médicas – Lo básico ___ Páginas 52 – 55

Sección 4: Sus Opciones de Cobertura de Medicare ___ Páginas 59 – 64

- **Fin de esta página**

Sección 5: El Plan Original de Medicare ___ Páginas 65 – 82

Qué es y cómo funciona ___ Páginas 65 – 67

Sus costos por servicios y artículos cubiertos ___ Páginas 67 – 71

La asignación ___ Páginas 72 – 73

Pólizas Medigap ___ Páginas 74 – 79

Planes de Medicare para recetas médicas ___ Páginas 79 – 81

Cómo se pagan sus facturas si tiene otro seguro médico ___ Páginas 81 – 82

Sección 6: Planes Medicare Advantage y Otros Planes de Salud de Medicare ___ Páginas 83 – 104

Qué son ___ Páginas 83 – 89

Cómo funcionan ___ Páginas 90 – 99

Los costos del plan ___ Página 100

Planes Medicare Advantage con cobertura de recetas ___ médicas ___ Página 101

Cómo se pagan sus facturas si tiene otro seguro médico ___ Página 103

Sección 7: La Cobertura de Medicare para Recetas Médicas ___ Páginas 105 – 140

Sección 8: Ayuda para las Personas con Ingresos y Recursos Limitados ___ Páginas 141 – 156

Sección 9: Inscripción y Cambio de Planes ___ Páginas 157 – 172

Sección 10: Otros Seguros y Formas de Pagar sus Gastos de Salud ___ Páginas 173 – 180

Sección 11: Sus Derechos Medicare ___ Páginas 181 – 196

Sección 12: Para más Información ___ Páginas 197 – 212

www.medicare.gov por Internet ___ Páginas 197 – 198

1 800 633 - 4227 ___ Páginas 198 – 200

Publicaciones de Medicare ___ Páginas 201 – 202

Otros contactos importantes ___ Páginas 203 – 205

Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud ___ Páginas 206 – 212

Sección 13: Índice ___ Páginas 213 – 222

Si desea una lista detallada de los temas de esta publicación, consulte la páginas 213 – 222.

Importante: La información de este manual era correcta al momento de su impresión. Tal vez se hayan hecho cambios después de la impresión. Visite www.medicare.gov o llame gratis al 1 800 633 - 4227 para obtener la información más actualizada.

Si cambia su domicilio o necesita una tarjeta de Medicare nueva

Llame a la Administración del Seguro Social (SSA por su sigla en inglés) al 1 800 772 - 1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 800 325 - 0778. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés), llame a la oficina local al 1 800 808 - 0772.

Si recibe más de una copia del manual "Medicare y Usted"

La mayoría de los hogares con hasta cuatro beneficiarios de Medicare recibirán un copia de este manual para compartir. El manual estará dirigido a una persona. Esto permitirá ahorrar dinero al Programa Medicare. Si en su hogar reciben más de una copia, pero desearían compartir una sola copia en el futuro, comuníqueselo al representante de servicio al cliente llamando gratis al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 877 486 - 2048. Cuando llame tenga a la mano la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

● **Fin de esta página**

Tarifas de Medicare

Las cantidades para la prima, el deducible y el coseguro del Plan Original de Medicare pueden cambiar cada año. Este manual contiene las tarifas del 2006. Para obtener las tarifas del 2007, visite www.medicare.gov, o llame gratis al 1 800 633 - 4227 después del 1 de enero de 2007.

Ayuda en su comunidad

Medicare está trabajando con personas y organizaciones en su área para que su comunidad comprenda cómo funcionan los planes para recetas médicas de Medicare y cuáles son sus opciones. Busque información sobre eventos en su periódico local o por la radio. Usted también puede obtener consejería personalizada en su zona, llamando a la oficina local para envejecimiento. Si necesita el número de teléfono visite www.eldercare.gov. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (el número de teléfono aparece en las páginas 206 – 212).

● **Fin de esta página**



Sección 1: Definiciones de las palabras subrayadas

Letras A a la C

A

Apelación - Una apelación es una clase especial de queja que hace si no está de acuerdo con alguna decisión de Medicare o de su plan de salud. Usted puede apelar si solicitó un servicio, suministro o medicamento que cree que debería obtener o solicita el pago por un servicio que recibió y Medicare o su plan de salud se lo niegan. También puede apelar si recibe cobertura y el plan deja de pagar. Hay un proceso específico que su Plan Medicare Advantage, su Plan de Salud de Medicare o el plan de Medicare para recetas médicas debe seguir cuando usted presenta una apelación.

C

Cantidad Aprobada por Medicare - En el Plan Original de Medicare, es la cantidad que puede recibir en pago un médico o proveedor, incluido lo que paga Medicare y cualquier deducible, coseguro o copago que usted pague.

Cobertura acreditable para Recetas Médicas - obertura de medicamentos recetados (por ejemplo de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, tanto como o más que la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas.

Letra C (continuación)

Copago - En algunos Planes de Salud Medicare y planes para medicamentos recetados, es la cantidad que usted paga por cada servicio médico que recibe, por ejemplo, una consulta al médico o un medicamento. Un copago, por lo general, es una cantidad fija que usted paga. Por ejemplo, podría ser de $10 o $20 por cada consulta médica o receta. Los copagos también se utilizan para ciertos servicios ambulatorios de hospital en el Plan Original Medicare.

Coseguro - La cantidad que usted tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. En el Plan Original Medicare, es un porcentaje (por ejemplo, el 20%) de la cantidad aprobada por Medicare. Usted tiene que pagarla después de haber pagado el deducible de la Parte A y/o B. En un plan de Medicare para recetas médicas, el coseguro variará de acuerdo a lo que usted haya gastado.

Cuidado a largo plazo - Una variedad de servicios que ayudan a las personas con sus necesidades de salud o personales, y con las actividades de la vida diaria por un período de tiempo. El cuidado a largo plazo puede brindarse en casa, en la comunidad, o en varios tipos de centros, incluyendo asilos para ancianos, y centros de vida asistida. La mayor parte de cuidado a largo plazo es cuidado de custodia/compañía. Medicare no cubre este tipo de cuidado si es el único tipo de atención que necesita.

Letras C a la F

C (continuación)

Cuidado en un centro de enfermería especializada - Es un cuidado diario que debe ser brindado por enfermeras especializadas o personal de rehabilitación y que, por motivos prácticos, no puede ser brindado como cuidado ambulatorio. Ejemplos de cuidado de enfermería especializada: colocación de inyecciones intravenosas y terapia física. Si necesita cuidado de custodia para ayudarle a vestirse, bañarse, etc., este tipo de servicio por sí solo, no puede calificar para la cobertura Medicare en un centro de enfermería especializada. Sin embargo, si usted califica para enfermería especializada o rehabilitación, Medicare cubrirá la ayuda con las actividades diarias en el centro.

D

Deducible - La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud o medicamentos, antes de que el Plan Original de Medicare, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar. Por ejemplo, en el Plan Original de Medicare usted paga un deducible por cada período de beneficios de la Parte A y cada año por la Parte B. Estas cantidades pueden cambiar cada año.

F

Formulario - Una lista de ciertos medicamentos recetados que cubrirá un plan de Medicare para recetas médicas dentro de ciertos límites y condiciones.

Letras I a la P



Institución - Un centro que responde a la definición de Medicare de un centro para el cuidado de la salud a largo plazo, por ejemplo un asilo de ancianos o un centro de enfermería especializada. No incluye los centros para adultos y para vida asistida, o los hogares residenciales.

M

Medicaid - Un programa conjunto federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero se cubren la mayoría de los costos de servicios de salud si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

N

Necesario por razones médicas - Servicios o suministros médicos que sirven para diagnosticar o tratar su problema de salud, cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica y no se suministran principalmente para su conveniencia o la de su médico.

P

Penalidad - Una cantidad que se añade a su prima mensual de la Parte B o de un plan de Medicare para recetas médicas, si usted no se inscribió cuando fue elegible por primera vez. Usted pagará más por el tiempo en que tenga Medicare. Hay algunas excepciones.

Letra P (continuación)

Período de Beneficios - La forma en que el Plan Original de Medicare mide su uso de servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que usted entra a un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si usted entra en el hospital después de que se haya terminado un período de beneficios, empieza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por hospitalización para cada período de beneficios. No hay límite sobre el número de períodos de beneficios que usted puede tener.

Plan de Costo de Medicare - Es un tipo de HMO. En un Plan de Costo de Medicare, si obtiene servicios fuera de la red del plan sin un referido, sus servicios cubiertos por Medicare serán pagados por el Plan Original de Medicare, excepto que su plan pagará por los servicios de emergencia, o servicios urgentes fuera del área de servicio del plan.

Plan de Medicare para recetas médicas - A Un plan para recetas médicas ofrecido por una aseguradora u otra compañía privada para añadir la cobertura de medicamentos recetados al Plan Original de Medicare, a los Planes Privados de Pago-por-Servicio y a los Planes de Costo de Medicare.

Letra P (continuación)

Plan de Necesidades Especiales - Un tipo especial de plan que brinda un cuidado centralizado para un grupo específico de personas como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid o los que viven en un asilo de ancianos.

Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud - Un tipo de Plan Medicare Advantage disponible en ciertas áreas del país. Dichos planes deben cubrir todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Algunos HMO ofrecen beneficios adicionales, tales como días adicionales en el hospital. En la mayoría de los HMO, usted sólo puede ir a médicos, especialistas u hospitales de la lista del plan, excepto en caso de emergencia. Sus costos podrían ser menores a los del Plan Original de Medicare.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) - Un tipo de Plan Medicare Advantage en el que paga menos si usa médicos, proveedores y hospitales que pertenecen a la red del plan. También puede usar los servicios de médicos, proveedores u hospitales fuera de la red por un costo adicional.

Letra P (continuación)

Plan Medicare Advantage - Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen cobertura de recetas médicas. Un Plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO o un Plan Privado de Pago-por-Servicio.

Plan de Salud de Medicare - Un Plan Medicare Advantage (como un HMO, PPO o un Plan Privado de Pago-por-Servicio) u otro plan como un Plan de Costo de Medicare. Todo beneficiario que tenga las Partes A y B es elegible para un Plan Medicare Advantage en su área, excepto aquellos que padezcan de Enfermedad Renal en Etapa Final (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan Privado de Pago-por-Servicio - Un Plan Medicare Advantage con el que puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago del plan. El plan, en vez del Programa Medicare, es el que decide cuánto pagará por los servicios brindados y cuánto le corresponde pagar a usted. Usted puede pagar más o menos por los beneficios cubiertos por Medicare. Puede que tenga beneficios adicionales que el Plan Original Medicare no cubre.

Letra P (continuación)

Plan Original de Medicare - Un plan de pago-por-visita que le permite ir a cualquier médico, proveedor u hospital que acepte Medicare y que esté aceptando nuevos pacientes de Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte correspondiente de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro). En algunos casos quizá le cobren más de la cantidad aprobada por Medicare. El Plan Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico).

Póliza Medigap - Una póliza de Seguro Suplementario a Medicare ofrecida a la venta por compañías de seguros privadas para cubrir lo que no cubre el Plan Original de Medicare. Con excepción de Massachussetts, Minnesota, y Wisconsin, hay 12 planes estandarizados que llevan el nombre de la A – L. Las pólizas Medigap sólo funcionan con el Plan Original Medicare.

Prima - El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de servicios de salud por cobertura de salud.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) - Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratis sobre los seguros de salud a personas con Medicare.

Letras P a la T

Letra P (continuación)

Punto de Servicio - Una opción de HMO que le permite usar médicos u hospitales fuera de la red del plan por un costo adicional.

R

Referido - El visto bueno por escrito de su médico de cabecera para que vea un especialista o reciba ciertos servicios. En muchos HMO, usted necesita una recomendación por escrito antes de poder conseguir cuidado de cualquier persona que no sea su médico de cabecera. Si no recibe una referencia de antemano, es posible que el plan no pague por su cuidado.

T

Telemedicina - Servicios profesionales brindados al paciente a través de un sistema de telecomunicación interactiva por el médico a distancia.

TTY - Teléfono de texto, es un dispositivo de comunicación para sordos, personas con impedimentos auditivos o aquellos con impedimentos graves del habla. Un TTY está formado por un teclado, una pantalla y un módem. Los mensajes pasan por la línea telefónica. Las personas que no tienen un TTY pueden comunicarse con un usuario TTY a través de un centro de mensajes (MRC). Este centro tiene operadores TTY disponibles para enviar e interpretar mensajes TTY.

Notas

Sección 2: Comencemos

La Cobertura Nueva de Medicare para Recetas Médicas

A partir del 1 de enero de 2006, Medicare ofrecerá cobertura de medicamentos recetados. Esta cobertura puede ayudarle con sus costos de medicamentos, independiente de cómo pague ahora por sus recetas médicas. Esta sección le brinda lo básico sobre cómo funciona para usted esta cobertura basándose en su cobertura actual. Además, si tiene ingresos y recursos limitados, usted podrá obtener ayuda adicional para pagar por sus costos de medicamentos.

Todos los planes de recetas médicas aprobados por Medicare pueden utilizar este sello en sus documentos.

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

Todas las personas con Medicare pueden inscribirse en uno de estos planes. **Y, todos los beneficiarios de Medicare, deben tomar una decisión sobre la cobertura de sus recetas médicas.** Por este motivo, es importante que lea la información sobre los planes de Medicare para recetas médicas en la Sección 7 (páginas 105 – 140) de este manual.

La Cobertura Nueva de Medicare para Recetas Médicas (continuación)

Recuerde, Si ahora no necesita muchos medicamentos, igual debería leer la información y considerar inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. A medida que envejecemos, la mayoría de las personas necesita más medicamentos para sentirse saludables. Usted puede inscribirse a partir del 15 de noviembre de 2005. Si decide no hacerlo cuando es elegible por primera vez, y luego cambia de idea, tal vez tenga que pagar una penalidad.

Nota: Aun si desea quedarse con la cobertura que tiene ahora, debe leer la información a partir de la página 41 para enterarse cómo la nueva cobertura puede afectar a la que usted ya tiene.

Recuerde, las palabras subrayadas se definen en las páginas 9 – 17.

- **Fin de esta página**

Beneficiarios que tienen el Plan Original de Medicare solamente o el Plan Original de Medicare y una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare), sin cobertura de medicamentos

La cobertura de Medicare para recetas médicas ayudará a pagar los costos de sus medicinas. Para un beneficiario típico pagará aproximadamente el 50% del costo de sus medicamentos el año próximo. Sus ahorros podrían ser mayores o menores que esta cantidad. Usted puede aprovechar esta cobertura inscribiéndose en un plan de Medicare para recetas médicas y quedándose con el resto de su cobertura de salud tal y como está. O, puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare que pague por su médico, el hospital y las recetas médicas.

- **Fin de esta página**

Beneficiarios que tienen el Plan Original de Medicare con una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) con cobertura de medicamentos (continuación)

Usted por lo general ahorrará dinero y obtendrá una cobertura mejor con algunos de los planes de Medicare para recetas médicas. El beneficio de Medicare no se terminará nunca si los costos de sus medicamentos son elevados.

Una vez que se haya inscrito en un plan de Medicare que ofrece cobertura de recetas médicas, debe cancelar la parte de Medigap que cubre sus medicamentos recetados y no podrá recuperarla. Si se queda con la cobertura de recetas médicas de Medigap y no se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas para el 15 de mayo de 2006, en la mayoría de los casos, tendrá que pagar una penalidad si se inscribe más tarde y sus costos serán más altos.

- **Fin de esta página**

Beneficiarios con cobertura de recetas médicas a través de un empleador o sindicato

Medicare ayudará a pagar por la cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato para sus jubilados siempre que la misma cumpla con los estándares de Medicare.

Su empleador o sindicato le informarán si su cobertura actual, en promedio es tan buena como la cobertura estándar de recetas médicas de Medicare. Esta información le permitirá entender las decisiones que tendrá que tomar. Si no le han informado o si tiene preguntas, comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o su antiguo empleador o sindicato.

Beneficiaros inscritos en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare

Medicare está trabajando con su Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare para brindarle aún más cobertura o costos más bajos de los que tiene actualmente. Su plan le indicará cuál es la opción de cobertura de recetas médicas que ofrece. También puede elegir cambiarse a otro Plan Medicare Advantage, otro Plan de Salud de Medicare o al Plan Original de Medicare e inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos recetados.

Beneficiarios que tiene Medicare y Medicaid (y Medicaid ahora paga sus recetas médicas)

A partir del 1 de enero de 2006, usted recibirá una cobertura amplia de recetas médicas de Medicare en vez de Medicaid. Usted recibirá cobertura continua y tendrá que pagar muy poco o nada por sus medicamentos recetados.

Usted debe inscribirse en uno de estos planes si quiere recibir el beneficio de recetas médicas. Si no se inscribe, Medicare lo hará por usted para asegurarse que no pierda ni un día de cobertura. Si este fuese el caso, usted podrá cambiarse de plan en cualquier momento.

Beneficiarios con ingresos y recursos limitados

Aproximadamente 1 de cada 3 beneficiarios de Medicare serán elegibles para la ayuda adicional que pagará entre el 85% y casi el 100% del costo de los medicamentos recetados. La mayoría de estas personas que reciban la ayuda adicional no tendrá que pagar primas o deducibles y pagarán un máximo de $5 por receta. La cantidad de la ayuda adicional depende de sus ingresos y recursos. Si es elegible, tendrá que inscribirse en un plan para recibir el beneficio de recetas médicas. Inscríbase este otoño y su cobertura comenzará el 1 de enero de 2006. Si es elegible pero no se inscribe en un plan, Medicare lo inscribirá para el 15 de mayo de 2006 para asegurarse que obtenga dicho beneficio. Para averiguar si reúne los requisitos para la ayuda adicional, lea la información en las páginas 141 – 156.

Otra información nueva en este manual

Además de la información sobre el beneficio de recetas médicas, este manual incluye otros temas nuevos en el orden en que son tratados.

- **Pólizas Medigap**—Si tiene una póliza Medigap con cobertura de recetas médicas, sus opciones están cambiando. Si desea información sobre estos cambios, consulte las páginas 74 – 79.
- **Planes Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare**—Medicare ahora le ofrece más opciones para obtener sus beneficios. Estos planes pueden ofrecer el beneficio de recetas médicas. Si desea información sobre estos planes, consulte las páginas 83 – 103.
- **Ayuda para las Personas con Ingresos y Recursos Limitados**—Si sus ingresos y recursos son limitados, tal vez pueda recibir ayuda adicional para pagar por sus gastos de salud. Usted podría obtener ayuda para pagar la prima de la Parte B de Medicare, sus recetas médicas y otros gastos de salud. Si desea información sobre programas de ayuda, consulte las páginas 141 – 156.
- **Inscripción y Cambio de Planes**—Hay nuevas normas sobre cuándo puede inscribirse o cambiarse de Planes Medicare Advantage, de otros Planes de Salud de Medicare y de los Planes Medicare para Recetas Médicas. Si desea información sobre estas normas nuevas, consulte las páginas 157 – 172.

Notas



Sección 3: Lo Básico del Seguro Medicare

Medicare es un programa de seguro de salud para:

- personas de 65 años de edad o más,
- ciertas personas con incapacidades menores de 65 años, y
- personas de todas las edades que padecen de enfermedad renal en etapa final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante renal).

Medicare tiene:

Parte A Seguro de Hospital, vea las páginas 29 – 33.

La mayoría de las personas no pagan la prima por la Parte A porque el beneficiario o su cónyuge ya la han pagado con sus impuestos mientras estaban trabajando.

Parte B Seguro Médico, vea las páginas 33 – 49.

La mayoría de las personas paga una prima mensual por la Parte B.

Cobertura de Recetas Médicas, vea la página 52.

La mayoría de las personas paga una prima mensual.

Recuerde, las palabras subrayadas se definen en las páginas 9 – 17.

Planes de Medicare (Secciones 4 – 7)

El Medicare de hoy día le brinda más opciones sobre cómo recibir su atención médica:

- El Plan Original de Medicare—(vea la página 65).
- Planes Medicare Advantage (vea las páginas 83 – 89), incluidos:
  - Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO), (vea las páginas 90 – 92).
  - Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO), (vea las páginas 93 – 94).
  - Planes Medicare para Necesidades Especiales (vea las páginas 95 – 96).
  - Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS), (vea la página 97).
- Otros Planes de Salud de Medicare (que no son los Planes Medicare Advantage), (vea las páginas 98 – 99).
  - Planes de Costo de Medicare
  - Programas Piloto
  - PACE
- Planes de Medicare para Recetas Médicas (vea la página 105).

¿Qué es la Parte A de Medicare?

La Parte A (Seguro de Hospital), le ayuda a pagar por su internación en hospitales, hospitales de acceso crítico, y centros de enfermería especializada (no por cuidado de custodia o cuidado a largo plazo). También cubre cuidado de hospicio, y cierto tipo de cuidado en el hogar. Debe cumplir con ciertos requisitos para obtener estos beneficios.

Costo: La mayoría de las personas no tienen que pagar una cuota mensual, llamada prima, para conseguir la Parte A ya que ellos o su cónyuge pagaron sus impuestos de Medicare mientras trabajaban.

Si no tiene la Parte A libre de prima, quizá pueda comprarla si:

- Usted o su cónyuge no son elegibles para el Seguro Social porque no trabajaron o no pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban y tiene 65 años o más.
- Está incapacitado pero ya no recibe gratis la Parte A porque ha estado trabajando por algún tiempo.

Nota: La prima si no tiene la Parte A libre de prima es $393.00 al mes en el 2006 (si no recibe gratis la prima de la Parte A o tiene menos de 30 trimestres de cobertura).

¿Qué es la Parte A de Medicare? (continuación)

Si tiene ingresos y recursos limitados, su estado podría ayudarle a pagar por la Parte A (vea la página 151). Para más información visite www.socialsecurity.gov o llame a la Administración del Seguro Social al 1 800 772 - 1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 800 325 - 0778.

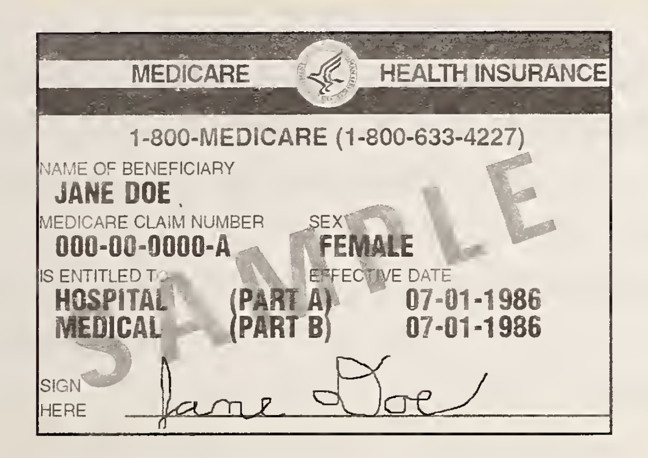
Si no está seguro si tiene la Parte A, fíjese en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare (ver muestra de tarjeta a la izquierda.) Si usted tiene la Parte A, esta dirá "Hospital (Part A) "en la esquina inferior izquierda de la tarjeta.

¿Necesita reemplazar su tarjeta de Medicare?

Si se le ha perdido o dañado su tarjeta puede solicitar una tarjeta nueva en www.socialsecurity.gov. También puede llamar a la Administración de Seguro Social al 1 800 772 - 1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 800 325 - 0778. Si usted tiene beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la oficina local de RRB o al 1 800 808 - 0772 o visite www.rrb.gov por Internet y seleccione "Mainline Services."

- **Fin de esta página**

Tarjeta de Medicare



Nota: Los modeles anteriores de la tarjeta son un poco diferentes pero aún siguen vigentes.

La Parte A de Medicare le ayuda a pagar si es necesario por razones médicas...

Estadías en el hospital: Habitación semi-privada, comidas, enfermería general, y otros servicios y suministros de hospital. Esto incluye internación en hospitales de acceso crítico y servicios de salud mental. No incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación o habitación privada, a menos que sea necesario por razones médicas. El cuidado de internación en un centro psiquiátrico está limitado a 190 días durante toda su vida.

La Parte A de Medicare le ayuda a pagar si es necesario por razones médicas... (continuación)

Cuidado en un centro de enfermería especializada: Habitación semi-privada, comidas, enfermería especializada y rehabilitación, y otros servicios y suministros médicos (después de una estadía relacionada de 3 días en el hospital).

Cuidado de salud en el hogar: Cuidado de limitado a razonable de enfermería especializada intermitente o a tiempo parcial, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla ordenados por su médico y brindados por una agencia de cuidado de salud en el hogar certificada por Medicare. También incluye servicios de un auxiliar de salud en el hogar, servicios médicos sociales, equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andadores), suministros médicos, y otros servicios.

Cuidado de hospicio: Para personas con una enfermedad terminal, medicinas para el control de síntomas y para aliviar el dolor, y otros servicios médicos y de apoyo de un hospicio aprobado por Medicare, que de otra forma no cubriría Medicare (como consejería si tiene alguna pena). Por lo general, el cuidado de hospicio se ofrece en su hogar (también en un centro de enfermería si ese es su hogar). Sin embargo, Medicare cubre una estadía corta en un hospital y el cuidado de relevo para paciente interno (cuidado que se le brinda a un paciente de hospicio por otro cuidador, para que descanse el cuidador de costumbre).

La Parte A de Medicare le ayuda a pagar si es necesario por razones médicas... (continuación)

Sangre: Pintas de sangre que usted recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta.

Los costos de estos servicios varían según el plan que haya elegido (vea la Sección 4).

¿Qué es la Parte B de Medicare?

La Parte B (Seguro Médico) le ayuda a pagar los servicios del médico, el cuidado para paciente ambulatorio, y otros servicios médicos que no cubre la Parte A, como los servicios de terapia física u ocupacional, y ciertos servicios de salud en el hogar. La Parte B ayuda a pagar estos servicios y suministros médicos cubiertos cuando sean necesarios por razones médicas (vea las páginas 35 – 49).

Costo: Usted paga la prima mensual de la Parte B ($88.50 al mes en el 2006). En algunos casos esta cantidad puede ser más alta si usted no escogió la Parte B cuando fue elegible por primera vez.

- **Fin de esta página**

¿Qué es la Parte B de Medicare? (continuación)

Atención: Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, el costo puede subir hasta en un 10% por cada período de 12 meses durante el cual usted pudo haberse inscrito en la Parte B pero no lo hizo, excepto en casos especiales (vea cobertura de empleador o sindicato en la página 35). Usted tendrá que pagar esta penalidad por todo el tiempo que tenga la Parte B.

También debe pagar el deducible anual de la Parte B antes que Medicare comience a pagar la parte que le corresponde. La cantidad que pagará de deducible en el 2006 es $124. Tal vez pueda obtener ayuda de su estado para pagar la prima y el deducible (vea la página 151).

Las primas y el deducible podrían cambiar cada año en enero.

Nota: Si usted no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible por primera vez, llame a la Administración del Seguro Social al 1 800 772 - 1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 800 325 - 0778. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), llame a la oficina local de RRB al 1 800 808 - 0772.

La Parte B de Medicare y la cobertura de salud grupal de un empleador o sindicato

Es importante que comprenda cómo pueden verse afectados sus derechos como beneficiario de la Parte B si usted o su cónyuge aún están trabajando y tiene cobertura de salud a través de un empleador o sindicato o de COBRA (vea la página 175). Su decisión sobre cuándo inscribirse en la Parte B también podría afectar su derecho a comprar una póliza Medigap. Si desea más información sobre la inscripción en la Parte B, obtenga una copia gratis del folleto "Inscribirse en Medicare" (Pub. CMS No. 11036 - S) en www.medicare.gov o llamando gratis al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

La Parte B de Medicare ayuda a pagar, si se necesita por razones médicas...

Servicios médicos y otros: Servicios médicos (que no sean exámenes físicos de rutina excepto por el examen "Bienvenido a Medicare" que se realiza una sola vez durante los seis primeros meses de su inscripción en la Parte B), servicios de cirugía y ambulatorios, suministros, exámenes de diagnóstico, tarifas de centros de cirugía ambulatoria para procedimientos aprobados y equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andaderas). También cubre segundas opiniones sobre cirugía y a veces terceras para aquellas cirugías que **no** sean una emergencia (en ciertos casos), cuidado mental para pacientes ambulatorios terapia física incluyendo terapia del habla.

La Parte B de Medicare ayuda a pagar, si se necesita por razones médicas... (continuación)

Servicios médicos y otros (continuación): (Estos servicios también están cubiertos para los residentes a largo plazo en asilos de ancianos.)

Servicios clínicos de laboratorio: Análisis de sangre, análisis de orina, algunas evaluaciones y más.

Cuidado de salud en el hogar: Cuidado limitado a razonable de enfermería especializada necesaria a tiempo parcial, intermitente, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla ordenado por su médico y brindado por una agencia de cuidado de salud en el hogar certificada por Medicare. También incluye servicios de auxiliar de salud en el hogar, servicios médicos sociales, equipo médico duradero (tal como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andaderas), y suministros médicos y otros servicios.

Servicios ambulatorios de hospital: Servicios del hospital y suministros recibidos en calidad de paciente ambulatorio, como parte del tratamiento médico.

Sangre: Pintas de sangre que usted recibe como paciente ambulatorio, o como parte de un servicio cubierto por la Parte B.

Los costos de estos servicios varían según el plan que haya elegido (vea la Sección 4, páginas 59 – 64).

Para ayudarle a mantenerse sano y a detectar temprano los problemas de salud, que es cuando el tratamiento da mejores resultados,

La Parte B de Medicare cubre los servicios preventivos siguientes...

Medición de masa ósea/densitometría ósea

Esta medición permite determinar si es una persona a riesgo de que se rompan sus huesos. Medicare cubre una cada 24 meses (o con mayor frecuencia si fuese necesario por razones médicas) para los beneficiarios a riesgo de padecer de osteoporosis.

Pruebas de sangre para evaluación cardiovascular

Pida a su médico que le haga una prueba de colesterol, lípidos y triglicéridos para la detección temprana o prevención de un derrame cerebral o de un ataque al corazón. Medicare paga por las pruebas de colesterol, lípidos y triglicéridos cada cinco años.

- **Fin de esta página**

La Parte B de Medicare cubre los servicios preventivos siguientes... (continuación)

Examen de cáncer colorectal

Estas pruebas pueden detectar crecimientos precancerígenos para que sean extirpados y prevenir el cáncer. También pueden detectar el cáncer colorectal a tiempo cuando el tratamiento es más eficaz.

Si tiene 50 años o más, y es una persona de alto riesgo de cáncer colorectal, se pagará por una o más de estas pruebas: sangre oculta en material fecal, sigmoidoscopía flexible, colonoscopía de evaluación, y/o enema de bario. La frecuencia con la que Medicare paga por estas pruebas, dependerá de la prueba que usted y su médico decidan que es mejor para usted y de su nivel de riesgo.

Evaluación de diabetes

Medicare paga por las pruebas de diabetes. Estas pruebas están disponibles si usted tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta, dislipidemia (historial de colesterol y niveles de triglicéridos anormal), obesidad, o historial de nivel de azúcar alto en la sangre. Medicare también paga por estas pruebas si usted tiene una o más de estas características:

- 65 años o más,
- sobrepeso/exceso de peso,

(Continua en la próxima página)

La Parte B de Medicare cubre los servicios preventivos siguientes... (continuación)

Evaluación de diabetes (continuación)

- historial familiar de diabetes (padres, hermanos, etc.), y
- historial de diabetes durante la gestación (durante el embarazo), o si da a luz a un bebé que pesa al nacer más de 9 libras.

Según los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de diabetes al año. Hable con su médico para obtener más información.

Vacuna contra la gripe/influenza

Vacunas que ayudan a prevenir la influenza o virus de la gripe.

Medicare paga por estas vacunas una vez por otoño o invierno (durante la estación de gripe) a todos los beneficiarios de Medicare.

Examen de glaucoma

Estos exámenes sirven para detectar la enfermedad ocular llamada glaucoma.

Medicare paga por estos exámenes cada 12 meses para aquellos beneficiarios de alto riesgo.

La Parte B de Medicare cubre los servicios preventivos siguientes... (continuación)

Vacuna contra la Hepatitis B

Estas tres vacunas lo protegerán de contraer la Hepatitis B.

Medicare paga por estas vacunas para las personas con Medicare de mediano o alto riesgo a contraer la enfermedad.

Examen Papanicolau y examen pélvico

Estos exámenes detectan el cáncer cervical y vaginal.

Medicare paga por estos exámenes cada 24 meses para todas las mujeres con Medicare y cada 12 meses para las de alto riesgo.

Vacuna contra la pulmonía (neumococo)

Esta vacuna previene la infección por neumococos.

Medicare paga por la vacuna para todos los beneficiarios. La mayoría de las personas sólo la necesitan una vez en la vida. Hable con su médico.

La Parte B de Medicare cubre los servicios preventivos siguientes... (continuación)

Evaluación de cáncer de próstata

Estas pruebas ayudan a detectar el cáncer de próstata.

Medicare paga por una evaluación dígito rectal y de Antígeno Específico de la Próstata (PSA por sus sigla en inglés) cada 12 meses para todos los beneficiarios de Medicare de más de 50 años.

Mamografías

Estas pruebas detectan el cáncer del seno antes que usted o su médico puedan examinarlo.

Medicare paga por la mamografía cada 12 meses para todas las mujeres con Medicare mayores de 40 años.

"Bienvenido a Medicare" examen físico solo una vez

Medicare paga por un examen físico (una sola vez), así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, incluidas ciertas evaluaciones y vacunas. Los referidos para otro tipo de atención médica también estarán cubiertas si fuesen necesarios.

Importante: Este examen físico debe hacerse durante los seis primeros meses de su inscripción a la Parte B de Medicare.

Suministros y Servicios cubiertos por Medicare

Abajo y en las páginas 43 – 49 encontrará una lista de artículos y servicios que paga Medicare cuando sean necesarios por razones médicas. Si un artículo o servicio que necesita no aparece en la lista, llame gratis al 1 800 633 - 4227 y pregunte sobre el mismo. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048. También encontrará información en www.medicare.gov por Internet.

Si está inscrito en el Plan Original de Medicare y necesita más información sobre los servicios, suministros y su parte de los costos, visite www.medicare.gov o llame gratis al 1 800 633 - 4227 para pedir la publicación gratis "Sus Beneficios de Medicare" (Pub. CMS No. 10116 - S).

Servicios de ambulancia

Cuando por motivos médicos, deban transportarlo al hospital o centro de enfermería especializada y el transporte en cualquier otro vehículo pudiese poner en peligro su salud

Servicios quiroprácticos

Manipulación de la columna para corregir una luxación (cuando una o más vértebras de la columna se salen de lugar)

Suministros y Servicios cubiertos por Medicare (continuación)

Ensayo clínicos o pruebas

Los costos de rutina si participa en un ensayo clínico (no cubre los costos del cuidado experimental, como los medicamentos o dispositivos que se están probando en el ensayo.)

Entrenamiento para auto control de la diabetes

Para ciertos beneficiarios de Medicare a riesgo de tener complicaciones por la diabetes. Su médico u otro proveedor de la salud pueden solicitar este servicio

Suministros para diabéticos

Monitores de glucosa, tiras para prueba de glucosa, dispositivos para lancetas y lancetas, soluciones de control de glucosa y zapatos terapéuticos (en algunos casos)

No cubre las jeringas y la insulina (a menos que use una bomba de insulina) excepto si se inscribe en un plan para recetas médicas de Medicare.

Equipo médico duradero

Artículos como oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital para usar en el hogar.

Suministros y Servicios cubiertos por Medicare (continuación)

Servicios de la sala de emergencia

Cuando usted cree que su salud está en peligro, cada segundo cuenta. Tal vez tenga una herida grave, una enfermedad repentina o una condición que va empeorando rápidamente

Anteojos

Un par de anteojos con un marco estándar después de una cirugía de cataratas que incluya un lente intraocular

Exámenes de los pies y tratamiento

Si sufre una afección a los nervios relacionada con su diabetes y reúne ciertas condiciones

Exámenes del oído y del equilibrio

Si su médico los ordena para averiguar si se necesitará un tratamiento (los aparatos de asistencia auditiva o los exámenes para colocarlos no están cubiertos)

Servicios de diálisis renal

Diálisis renal y servicios y suministros tanto para el centro de diálisis o para diálisis en el hogar

Suministros y Servicios cubiertos por Medicare (continuación)

Cuidado a largo plazo

Sólo cuidado especializado brindado en un centro de enfermería especializada certificado o su hogar (no cubre el cuidado de custodia)

Servicios médicos de nutrición

Para los beneficiarios que padecen de diabetes, o de insuficiencia renal (a menos que estén en tratamiento de diálisis) referidos por un médico y por un período de tres años después de un trasplante renal

Servicios de profesionales médicos

Tales como aquellos brindados por asistentes sociales, asistentes de médico y enfermeras registradas

- **Fin de esta página**

Suministros y Servicios cubiertos por Medicare (continuación)

Medicamentos recetados

La Parte B de Medicare cubre un número limitado de medicamentos, como ciertos medicamentos para el cáncer inyectables. Para información sobre la cobertura de recetas médicas, vea la página 105.

Prótesis/artículos ortóticos

Soportes para brazos, piernas, espalda y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales (y sus repuestos); prótesis de seno (después de una mastectomía); prótesis para reemplazar partes internas del cuerpo o sus funciones [incluidos los suministros de ostomía, y nutrición por gastronomía-alimentos líquidos a través de una sonda que se inserta en el estómago o intestino delgado ("enteral") y la nutrición a través de un catéter insertado en una vena ("parenteral")]

Segunda opinión sobre cirugía

Están cubiertas en algunos casos

Suministros y Servicios cubiertos por Medicare (continuación)

Consejería para dejar de fumar

Servicios para pacientes internos y ambulatorios, hasta 8 visitas personales durante un período de 12 meses si usted ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el cigarrillo

Vendajes quirúrgicos

Si se requieren para el tratamiento de una herida quirúrgica o tratada durante una cirugía

Telemedicina

Servicios en algunas zonas rurales

Pruebas

Rayos X, Imagen por Resonancia Magnética ("MRI"), Tomografía computarizada ("CT scan"), electrocardiograma ("EKG") y otras pruebas de diagnóstico si fuesen necesarias por razones médicas

- **Fin de esta página**

Suministros y Servicios cubiertos por Medicare (continuación)

Trasplante

Corazón, pulmón, riñón, páncreas, hígado e intestino (bajo ciertas condiciones y sólo en un centro certificado por Medicare), trasplantes de córnea y médula ósea (bajo ciertas condiciones); medicamentos inmunosupresores si el trasplante fue pagado por Medicare, o por un plan grupal de empleador que debía pagar antes que Medicare (usted debía ser elegible para la Parte A cuando se hizo el trasplante y para la Parte B cuando recibió los medicamentos inmunosupresores y además, el trasplante debe haberse hecho en un centro u hospital certificado por Medicare).

Viajes (fuera de los Estados Unidos)

Servicios brindados en Canadá cuando viaja entre Alaska y otro estado. Medicare también paga por el hospital, la ambulancia y los servicios del médico si usted está en los Estados Unidos pero el hospital más cercano que puede tratarlo no está en los Estados Unidos. (Los "Estados Unidos" son los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana por los servicios que usted recibió mientras se encontraba a bordo de un barco, en aguas territoriales cercanas al territorio de los Estados Unidos.)

Suministros y Servicios cubiertos por Medicare (continuación)

Cuidado urgente

La atención que necesita para una enfermedad repentina o una herida y que no sea una emergencia médica.

Importante: Estos artículos y servicios están cubiertos independientemente del plan de Medicare que usted tenga. La cantidad que Medicare paga por estos artículos y servicios depende del tipo de plan que tenga, (vea las páginas 59 – 64).

Recuerde, usted siempre tiene el derecho de apelar una decisión sobre los pagos de su atención médica o sobre los servicios. Vea la Sección 10 si desea más información sobre sus derechos de apelación.

Nota: A partir del 1 de enero de 2006, si usted obtiene medicamentos recetados administrados por su médico, como ciertos medicamentos para el cáncer recibidos en el consultorio, podría cambiar la manera en la que paga por la visita y los medicamentos. Si desea más información, vea la página 67.

- **Fin de esta página**

Lo que no cubren las Partes A y B de Medicare

Medicare no paga por todo. Los artículos y servicios que no están cubiertos incluyen pero no se limitan a:

- Acupuntura.
- Deducibles, coseguro, o copagos cuando usted recibe servicios de salud (vea la página 69).
- Servicio dental y dientes postizos (excepto algunas excepciones).
- Cirugía cosmética/estética.
- Cuidado de custodia (ayuda para bañarse, vestirse, ir al baño, y comer) en el hogar o en un asilo de ancianos.
- Refracciones oculares.
- Servicios médicos que usted reciba mientras viaja fuera del país (excepto en los casos mencionados en la página 48).
- Audífonos y exámenes del oído para colocar los aparatos auditivos.
- Exámenes auditivos no solicitados por su médico (a menos que sean para colocar los aparatos auditivos).
- Cuidado a largo plazo, como el cuidado de custodia en un asilo de ancianos.
- Zapatos ortopédicos (con algunas pocas excepciones).

Lo que no cubren las Partes A y B de Medicare (continuación)

- Medicinas recetadas—la mayoría de los medicamentos recetados no están cubiertos (vea la Sección 7 para obtener información sobre la cobertura de recetas médicas).
- Cuidado rutinario de los pies como—quitar los callos y otras durezas (con muy pocas excepciones).
- Cuidado rutinario de los ojos y la mayoría de los anteojos (vea la página 44).
- Exámenes físicos de rutina o anuales. (Medicare pagará un solo examen físico dentro de los seis meses de su inscripción en la Parte B.)
- Evaluaciones de tamizaje ("screening") y pruebas de laboratorio de evaluación, con excepción de las que se detallan en las páginas 37 – 41.
- Inyecciones (vacunas), con excepción de los que se detallan en las páginas 37 – 41.
- Algunos suministros para diabéticos (como jeringas o insulina, a menos que la insulina sea usada con una bomba de insulina o si usted se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas).

Nota: Algunos de estos servicios pueden estar cubiertos si usted se inscribe en un Plan Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare (vea la página 83).

¿Qué es la cobertura de Medicare para recetas médicas?

La cobertura de Medicare para medicinas recetadas ayuda a pagar sus costos de medicamentos. Para obtener este beneficio usted debe inscribirse en un plan y tendrá que pagar una prima mensual. Si tiene ingresos y recursos limitados, quizá consiga este beneficio por un costo muy bajo o sin costo alguno. Aproveche esta cobertura inscribiéndose en un Plan de Medicare para Recetas Médicas que cubre solamente sus medicamentos recetados y mantenga el resto de sus beneficios de Medicare tal como están. O, puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare que pague por sus servicios médicos, el hospital y las recetas médicas. (**Nota:** Tal vez usted ya pertenezca a uno de estos planes.)

Importante: Si tiene cobertura de recetas médicas a través de su empleador o sindicato, pregunte al administrador de beneficios sobre sus opciones (vea las páginas 117 – 121).

Para más información sobre la cobertura de recetas médicas, consulte la Sección 7 a partir de la página 105. Para más información sobre los Planes Medicare Advantage, Planes de Salud de Medicare, y planes de Medicare para recetas médicas en su área, visite www.medicare.gov, o llame gratis al 1 800 633 - 4227.

¿Cuánto costará mi seguro de recetas médicas?

Sus costos variarán según su situación financiera y el plan que escoja. Consulte con los planes disponibles en su área para comparar los costos y lo que cubren visite www.medicare.gov, o llame gratis al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048. Todos los planes de medicamentos recetados ofrecerán una cobertura al menos equivalente a la cobertura estándar mínima de Medicare. La cobertura estándar se describe en la página 137. Los planes pueden ofrecer más cobertura y cobrar primas y costos compartidos diferentes.

La información sobre los costos de estos planes para las personas con ingresos y recursos limitados está en las páginas 141 – 156.

- **Fin de esta página**

¿Cómo funciona el beneficio de recetas médicas de Medicare si tengo la cobertura de empleador o sindicato?

Medicare ayudará a los empleadores y sindicatos a seguir brindado a sus jubilados la cobertura de recetas médicas que cumpla con los estándares de Medicare. Si usted tiene cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o sindicato que es, en promedio equivalente al menos a la cobertura estándar mínima de Medicare, puede quedarse con ella, siempre que la ofrezca el seguro de su empleador o sindicato. Su empleador le informará si su cobertura es al menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados. Usted tendrá un Período de Inscripción Especial para inscribirse en un plan de medicamentos recetados si su empleador o sindicato deja de ofrecer esta cobertura. Esto significa que usted no tendrá que pagar una penalidad si se inscribe después del 15 de mayo de 2006. Si desea más información, consulte las páginas 117 – 121.

¿Dónde puedo obtener ayuda o más información?

Si después de leer este manual, necesita ayuda o más información, puede:

- visitar www.medicare.gov por Internet. El sitio Web oficial del gobierno para las personas con Medicare. Aquí encontrará en todo momento, la información más actualizada y respuestas a sus preguntas sobre Medicare.

¿Dónde puedo obtener ayuda o más información? (continuación)

- llamar gratis al 1 800 633 - 4227. Este número gratuito está disponible las 24 horas del día los siete días de la semana para responder a sus preguntas. Usted puede hablar con un representante de servicio al cliente en inglés o en español. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048. También puede obtener copias gratis de publicaciones de Medicare sobre temas tales como el cuidado en un centro de enfermería especializada, el cuidado de hospicio, el cuidado de salud en el hogar y el cuidado de salud mental.
- llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea las páginas 206 – 212 para obtener el número de teléfono).
- averiguar acerca de los eventos locales para ayudarle a inscribirse en un plan para recetas médicas. Comunicarse con la oficina local sobre envejecimiento. Si desea el número de teléfono, visite www.eldercare.gov por Internet.

Nota: Medicare se ha comprometido a brindarle información oportuna y exacta sobre los beneficios de Medicare y a proporcionarle las herramientas que le ayuden a tomar la decisión que le convenga más.

Protéjase contra el robo de identidad y el fraude

El robo de identidad significa que alguien usa su información personal como su nombre, número de seguro social, número de Medicare o tarjeta de crédito u otra información sin autorización, para cometer un fraude u otro delito. Mantenga esta información segura. No proporcione su información personal a una persona que se presente en su hogar (o lo llame) sin su consentimiento para venderle productos relacionados con Medicare. **Sólo proporcione su información personal a médicos o proveedores aprobados por Medicare y a las personas de la comunidad que trabajan con Medicare tales como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud o la Administración del Seguro Social**. Llame gratis al 1 800 633 - 4227 si no está seguro si un proveedor está aprobado por Medicare.

Si pierde su tarjeta de Medicare o se la robaron, o si necesita un número nuevo de Seguro Social, vaya a www.socialsecurity.gov en Internet o llame a la Administración del Seguro Social al 1 800 772 - 1213. Si usted recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés), llame a la oficina local de RRB o al 1 800 808 - 0772 o visite www.rrb.gov por Internet.

Protéjase contra el robo de identidad y el fraude (continuación)

Si cree que alguien está usando su información personal, llame:

- al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048, o
- a la línea de Fraude de la Oficina del Inspector General de HHS al 1 800 447 - 8477. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 800 377 - 4950, o
- a la línea para robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1 877 438 - 4338 para hacer una denuncia (los usuarios de TTY deberán llamar al 1 866 653 - 4261). Si desea más información sobre el robo de identidad, visite www.consumer.gov/idtheft por Internet.

- **Fin de esta página**

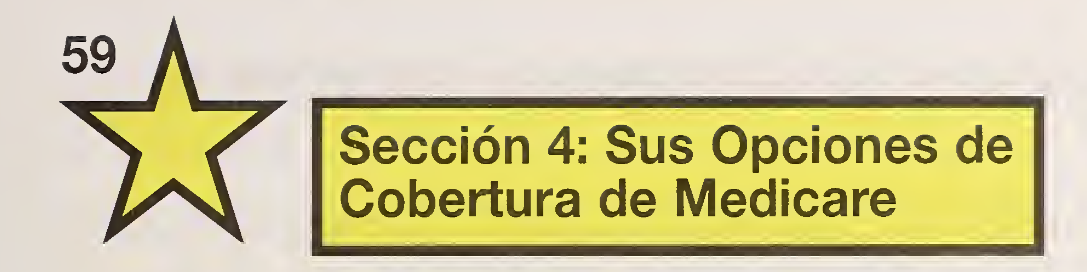
La cobertura de Medicare para recetas médicas

Todos los planes podrían usar este sello/logo en sus materiales.



Nota: Los planes de Medicare no pueden comunicarse con usted antes del 1 de octubre de 2005 para discutir sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas que ofrecen. Tampoco pueden pedirle por teléfono su número de Seguro Social. Denuncie llamando gratis al 1 800 633 - 4227, a cualquier plan que le envíe información antes de esa fecha o que le pidan su número de Seguro Social por teléfono.

- **Fin de esta página**



Sección 4: Sus Opciones de Cobertura de Medicare

Medicare cubre muchos de los servicios de salud que necesita. El Medicare de hoy, está trabajando con compañías privadas para ofrecerle una opción nueva que cubra sus servicios de salud y sus medicamentos recetados. Sus decisiones son importantes porque pueden influir en varios aspectos tales como cuánto paga y qué cobertura recibe.

Usted puede obtener su cuidado de salud y la cobertura de sus recetas médicas de Medicare de maneras distintas:

- Plan Original de Medicare—Es un plan de pago-por-servicio que cubre muchos servicios y ciertos medicamentos recetados. Usted puede ir a cualquier médico u hospital que acepte Medicare.

  La Sección 5 describe al Plan Original de Medicare, cómo funciona, cuáles son los costos, cómo comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) y un plan para recetas médicas para cubrir los costos que el Plan Original de Medicare no cubre.

Recuerde, las palabras subrayadas se definen en las páginas 9 – 17.

- Planes Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare—Estos planes, que incluyen los HMO, PPO y PFFS, podrían cubrir más servicios y hasta podrían tener gastos directos de su bolsillo menores que los del Plan Original de Medicare. Sin embargo, usted sólo podrá consultar a ciertos médicos o ir a ciertos hospitales.

  La Sección 6 describe a los Planes Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare, qué son, cómo funcionan, cómo puede obtener un plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de recetas médicas y sus costos.

- **Planes de Medicare para recetas médicas**—La cobertura de los medicamentos recetados se inicia el 1 de enero de 2006. Usted podrá obtener esta cobertura independientemente del modo en que reciba sus servicios de salud de Medicare.

  La Sección 7 describe la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y cómo puede obtenerla inscribiéndose en un plan de Medicare para recetas médicas. También le explica cómo puede esta cobertura nueva afectar cualquier otra cobertura de recetas médicas que usted tenga actualmente.

Nota: Todos los beneficiarios de Medicare deben tomar una decisión este año, acerca de la cobertura para recetas médicas de Medicare, aun si su decisión es quedarse con la cobertura que tiene actualmente.

¿Tiene usted otra cobertura de salud o de medicamentos recetados?

Si la tiene, o es elegible para otro tipo de cobertura de salud o de medicamentos recetados, por ejemplo de un empleador o sindicato, TRICARE, del Departamento de Asuntos de Veteranos, de un programa especial o de una póliza Medigap, lea todos los documentos del plan o de la compañía de seguro. Hable con el administrador de beneficios, el asegurador, o el proveedor del plan antes de hacer cualquier cambio a su cobertura actual.

Lo que debe tener en cuenta cuando elija su cobertura de Medicare

- **Costo**—¿Cuánto pagará de su bolsillo, incluyendo las primas?
- **Beneficios**—¿Hay beneficios y servicios adicionales, como cobertura adicional de medicamentos o exámenes de la vista y aparatos de asistencia auditiva? (Estos servicios podrían estar cubiertos en algunos planes).
- **Su elección del médico o del hospital**—¿Puede consultar al médico(s) que desea? ¿Necesita ser referido para consultar un especialista? ¿Puede ir al hospital que escoja?

Lo que debe tener en cuenta cuando elija su cobertura de Medicare (continuación)

- **Conveniencia**—¿Dónde están ubicados los consultorios médicos? ¿Cuál es el horario de atención? ¿Debo llenar muchos formularios? ¿Están aceptando pacientes nuevos? ¿Pasa usted parte del año en otro estado?
- **Medicamentos recetados**—¿Están cubiertos? ¿Están los medicamentos que usted necesita en la lista (formulario) de medicinas recetadas cubiertas por el plan?
- **Farmacia**—¿Puede usar la farmacia que quiera? ¿Están las farmacias ubicadas en un lugar que le resulta cómodo?
- **Calidad del cuidado**—¿Qué tal es la calidad de los planes de su área? La información sobre calidad podrá encontrarla en www.medicare.gov por Internet.

- **Fin de esta página**

La elección de la cobertura del cuidado de su salud y de recetas médicas que le convenga es una decisión importante. Usted puede obtener ayuda personalizada.

1. Visite www.medicare.gov por Internet. Seleccione "Buscador" en la parte superior de la página.
2. Llame gratis al 1 800 633 - 4227. Siga las instrucciones para hablar con un representante de servicio al cliente quien le ayudará a obtener su información personalizada. Usted recibirá los resultados por correo en tres semanas.
3. Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea las páginas 206 – 212 para los números de teléfono). Podrá obtener ayuda por teléfono o en persona.

Nota: Infórmese sobre eventos relacionados con Medicare en su zona.

- **Fin de esta página**

Notas



Sección 5: El Plan Original de Medicare

¿Qué es el Plan Original de Medicare?

El Plan Original de Medicare es una de sus opciones de planes de salud del Programa Medicare. Usted permanecerá en el Plan Original de Medicare a menos que elija inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare.

¿Cómo funciona el Plan Original de Medicare?

El Plan Original Medicare es un plan de “pago por servicio”, administrado por el gobierno federal, que funciona del modo siguiente:

- Usted usa su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul cuando recibe sus servicios de salud (vea el modelo de tarjeta en la página 31).
- Si tiene la Parte A de Medicare, recibirá todos los servicios cubiertos por la Parte A mencionados en las páginas 31 – 33.
- Si tiene la Parte B de Medicare recibirá todos los servicios cubiertos por la Parte B mencionados en las páginas 35 – 49. Por lo general pagará una prima mensual de la Parte B ($88.50 en el 2006).

¿Cómo funciona el Plan Original de Medicare? (continuación)

- Puede atenderse con cualquier médico o proveedor que acepte Medicare y que en ese momento esté aceptando pacientes nuevos de Medicare o a cualquier hospital o centro de atención.
- Usted paga una cantidad fija por sus servicios de salud (deducible) antes de que Medicare pague su parte. Luego, Medicare paga la parte que le corresponde, y usted paga la suya (el coseguro o copago) por los servicios cubiertos y suministros (a menos que tenga una póliza Medigap).

Para obtener información más detallada sobre los servicios y suministros cubiertos por Medicare que hemos mencionado en esta sección, visite www.medicare.gov por Internet, o llame gratis al 1 800 633 - 4227 para obtener una copia sobre "Sus Beneficios Medicare" (Pub. CMS No. 10116 - S).

Recuerde, las palabras subrayadas se definen en las páginas 9 – 17.

¿Cómo funciona el Plan Original de Medicare? (continuación)

- Después de haber recibido un servicio de salud, recibirá por correo un Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés). Este resumen es enviado por la compañía que hace la facturación para Medicare. El resumen muestra la cantidad que se le puede facturar y todos los servicios que ha recibido. Si desea más información sobre el Resumen de Medicare, visite www.medicare.gov por Internet y seleccione "Facturación a Medicare". También puede llamar gratis al 1 800 633 - 4227 y decir "Facturación" ("Billing").

NUEVO

Si usted recibe medicamentos cubiertos por la Parte B (como algunos medicamentos para el cáncer) durante su consulta médica, tal vez le envíen dos resúmenes de Medicare. Uno por su visita al médico. El otro con el nombre y la dirección de la compañía de la cual su médico ordenó el medicamento. Este aviso le indicará si la reclamación por el medicamento administrado por el médico ha sido aprobado o no. Si no está de acuerdo con la información en el MSN o con la factura que recibe, puede presentar una apelación. Usted obtendrá información de su médico sobre cómo apelar. Esta información también está en el MSN.

Sus costos en el Plan Original Medicare

Los gastos directos de su bolsillo dependerán de:

- si tiene las Partes A y/o B de Medicare (la mayoría de los beneficiarios tiene las dos).
- si su médico o proveedor acepta la asignación (vea la página 72).
- la frecuencia con la que recibe servicios de salud.
- el tipo de servicios que necesite.
- si recibe servicios o suministros no cubiertos por Medicare, en cuyo caso deberá ser usted quien pague por esos servicios.
- si tiene otro seguro que funciona con Medicare.

La próxima páginas 69 – 71 muestra lo que usted paga en el 2006 por los servicios comunes cubiertos por el Plan Original de Medicare. Si desea detalles sobre estos servicios, vea la página 7 para los de la Parte A y las páginas 35 – 49 para los de la Parte B. También puede consultar www.medicare.gov por Internet o llamar gratis al 1 800 633 - 4227 y solicitar la publicación "Sus Beneficios Medicare" (Pub. CMS No. 10116 - S).

Vea la Secciones 8 y 10 para información sobre la ayuda para pagar por los costos que el Plan Original de Medicare no cubre.

Lo que USTED Paga en el Plan Original de Medicare para el 2006

Si tiene la Parte A y/o la Parte B, usted tendrá que pagar una parte de los servicios que reciba. En las páginas 69 – 71 muestran una lista de algunos costos que quizá tenga que pagar. Estas cantidades son para el 2006 y podrían cambiar el de 1 enero, 2007. Si desea más información sobre los costos de un servicio en específico, visite www.medicare.gov por Internet. También puede llamar gratis al 1 800 633 - 4227 y pida la publicación "Sus Beneficios Medicare" (Pub. CMS No. 10116 - S).

- Deducible de $124.00 por la Parte B de Medicare
- $952.00 por una estadía de hospital de 1 - 60 días por cada período de beneficios
- $238 por día de 61 - 90 días de una estadía de hospital por cada período de beneficios
- $476 por día de 90 - 150 días de una estadía de hospital por cada período de beneficios
- Todos los costos por cada día por encima de los 150 días
- Nada por los primeros 20 días en un centro de enfermería especializada por cada período de beneficios

Lo que USTED Paga en el Plan Original de Medicare para el 2006 (continuación)

- $119 por día de 21 - 100 días en un centro de enfermería especializada por cada período de beneficios
- Todos los costos por cada día por encima de los 100 días en un centro de enfermería especializada por cada período de beneficios
- 20% de la cantidad aprobada por Medicare para equipo médico duradero, servicios médicos, servicios preventivos y terapia para pacientes ambulatorios
- $0 por los servicios aprobados por Medicare
- $0 por los servicios clínicos de laboratorio aprobados por Medicare
- 50% por la mayoría de los servicios ambulatorios de salud mental
- Todos los costos por las primeras 3 pintas de sangre cuando está internado en un hospital (a menos que usted o alguna otra persona done sangre para reponer la que usted usa)
- Todos los costos por las primeras 3 pintas de sangre como paciente ambulatorio, y 20% de la cantidad aprobada por Medicare por pintas adicionales de sangre (a menos que usted o alguna otra persona done sangre para reponer la que usted usa)

Lo que USTED Paga en el Plan Original de Medicare para el 2006 (continuación)

- Las cantidades de coseguros y copagos por otros servicios

Nota: Para el 2007, puede haber límites en los servicios de terapia física, terapia ocupacional y del habla. Para más información visite www.medicare.gov, o llame gratis al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

Importante: Para obtener los precios del 2007, busque en www.medicare.gov en el sitio web, o llame gratis al 1 800 633 - 4227 después del 1ro. de enero, 2007.

- **Fin de esta página**

¿Qué es la "asignación" en el Plan Original de Medicare y porqué es importante?

La asignación es un acuerdo entre los beneficiarios de Medicare, sus médicos, proveedores y Medicare. El beneficiario de Medicare acepta que su médico o proveedor solicite el pago directamente a Medicare, por los servicios, artículos y suministros cubiertos por la Parte B. Los médicos, proveedores que están de acuerdo (o que por ley deban estarlo) en aceptar la asignación no pueden intentar cobrarle al beneficiario, su otro seguro o cualquier otra persona, más de la cantidad del deducible y coseguro de Medicare.

Si no aceptan la asignación, puede que los médicos y proveedores le cobren más que la cantidad aprobada por Medicare. Para la mayoría de los servicios hay un límite en la cantidad que el médico o proveedor pueda cobrarle por encima de la cantidad aprobada por Medicare. La cantidad máxima que su médico o proveedor puede cobrarle por encima de la cantidad cubierta por Medicare, si no aceptan la asignación, se llama "cargo límite" y es un 15% más de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite sólo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a artículos o suministros. **Además, es posible que deba pagar el total de la factura cuando reciba el servicio**. Medicare luego le enviará la parte correspondiente cuando se procese el reclamo.

¿Qué es la "asignación" en el Plan Original de Medicare y porqué es importante? (continuación)

En algunos casos, sus proveedores de salud deben aceptar la asignación. Si usted tiene cobertura de la Parte B de medicinas recetadas y productos biológicos o suministros de un proveedor o farmacia que pertenecen al Programa Medicare, la farmacia o el proveedor, deben aceptar la asignación.

Atención: Si usted recibe suministros o medicinas recetadas cubiertas por la Parte B de un proveedor o farmacia que no pertenece al Programa Medicare, usted quizá deba enviar su propio reclamo para que Medicare lo pague.

Todos los médicos y proveedores deben enviar sus reclamos a Medicare. Todas las farmacias y suministradores de tiras para monitorear los niveles de glucosa en la sangre que participan en Medicare, deben presentar el reclamo y no pueden cobrarle por este servicio.

Si desea más información sobre la asignación, obtenga una copia gratis de "¿Acepta su Médico o Proveedor la Asignación?" (Pub. CMS No. 10134 - S). Para localizar a un médico o proveedor que participa en el programa Medicare, vaya a www.medicare.gov por Internet y seleccione "Buscador" en la parte superior de la página. También puede obtener información llamando gratis al 1 800 633 - 4227.

Otros planes que complementan al Plan Original de Medicare

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

El Plan Original de Medicare paga por mucho de los servicios de salud y suministros pero no paga por todos sus costos o recetas médicas. Para obtener ayuda adicional para pagar por sus gastos de salud, quizá le interese comprar una póliza Medigap. A partir del 1 de enero de 2006, usted no podrá comprar una póliza Medigap nueva que cubra los medicamentos recetados porque las compañías privadas aprobadas por Medicare ofrecerán esta cobertura.

¿Qué es una póliza Medigap?

Es una póliza de seguro médico vendida por una compañía privada. Las compañías que las venden deben cumplir las leyes estatales y federales que lo protegen. Al frente, su póliza Medigap debe indicar claramente que es un "Seguro Suplementario a Medicare".

Los costos que debe pagar como coseguro, copagos y deducibles se denominan "faltas" en la cobertura del Plan Original de Medicare. Tal vez le convenga comprar una póliza Medigap para pagar por lo que el Plan Original de Medicare no cubre. Algunas pólizas Medigap pagarán por beneficios que no cubre el Plan Original de Medicare como el cuidado de emergencia durante un viaje fuera de los Estados Unidos. Una póliza Medigap podría ahorrarle dinero de su bolsillo. Si compra una de estas pólizas, tendrá que pagar una prima mensual a la compañía que le vende la póliza.

Otros planes que complementan al Plan Original de Medicare (continuación)

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) (continuación)

¿Qué es una póliza Medigap? (continuación)

En todos los estados excepto Massachussetts, Minnesota y Wisconsin, una póliza Medigap debe ser uno de los 12 planes estandarizados (Planes de A – L) para que los compare fácilmente. Cada póliza tiene un conjunto de beneficios distintos. Los planes K y L son nuevos y ayudan a limitar los gastos directos de su bolsillo de servicios médicos y hospital. Tal vez ya estén disponibles en algunos estados. Por lo general tendrán una prima más baja que otras pólizas Medigap. Sin embargo, contrario a lo que ocurre con los planes A – J, usted pagará más de coseguro y deducibles de Medicare antes que la póliza Medigap comience a pagar su parte de los costos.

- **Fin de esta página**

Otros planes que complementan al Plan Original de Medicare (continuación)

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) (continuación)

¿Qué es una póliza Medigap? (continuación)

Dos de las pólizas estandarizadas, los planes F y J, podrían ofrecer la opción de deducible alto. Además, cualquier póliza estandarizada puede venderse como una póliza "Medicare SELECT". Las pólizas Medicare SELECT generalmente cuestan menos porque usted debe ir a hospitales específicos y, en algunos casos a médicos específicos para obtener todos los beneficios del plan. En caso de emergencia puede ir a cualquier médico u hospital.

- **Fin de esta página**

Otros planes que complementan al Plan Original de Medicare (continuación)

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) (continuación)

¿Cómo trabaja el Plan Original de Medicare con una póliza Medigap? (continuación)

- Usted puede ir a cualquier médico, especialista u hospital (a menos que compre una póliza Medicare SELECT). Medicare paga su parte y su póliza Medigap la que le corresponde. Lo que cubra su póliza Medigap dependerá del plan que compre (A – L). Sin embargo, las pólizas Medigap generalmente cubren el coseguro, los copagos y deducibles de Medicare.
- Usted paga una prima mensual por la Parte B de Medicare y una prima mensual a la compañía que le vendió la póliza.
- Después de recibir el servicio, en la mayoría de los casos usted recibirá por correo un Resumen de Medicare y su compañía de seguro de Medigap le enviará un detalle sobre lo que ha pagado.

- **Fin de esta página**

Otros planes que complementan al Plan Original de Medicare (continuación)

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) (continuación)

Si tiene una póliza Medigap que cubre los medicamentos recetados, puede conservarla o puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas para ahorrar dinero y limitar los gastos de su bolsillo elevados de sus medicamentos. Usted pagará todos los costos de su cobertura de medicamentos de Medigap, pero, si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, Medicare paga parte de la prima de la cobertura estándar. La cobertura de Medicare para recetas médicas es mejor que la de la mayoría de los planes Medigap. Si mantiene su cobertura de medicamentos recetados de Medigap y no se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas para el 15 de mayo de 2006, tendrá que pagar una penalidad si decide hacerlo más tarde y sus costos serán más elevados. Vea la página 124 para obtener más información sobre las opciones de cobertura de medicamentos que podrían ahorrarle dinero.

Si desea información sobre las pólizas Medigap, visite www.medicare.gov por Internet o llame gratis al 1 800 633 - 4227 y diga “Publicaciones” (“Publications”) para obtener una copia gratuita de “Selección de una Póliza Medigap: Una Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare” (Pub. CMS No. 02110 - S).

¿Qué ocurre si mis ingresos son limitados y no puedo pagar una póliza Medigap?

Hay otros programas que podrían ayudarle a pagar los costos que Medicare no cubre (vea las páginas 141 – 156 y 173 – 180). También podría inscribirse en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare para obtener ayuda para pagar el coseguro, deducible y medicamentos (vea las páginas 83 – 103).

Plan de Medicare para recetas médicas

¿Qué es un plan de Medicare para recetas médicas?

A partir del 1 de enero de 2006, los planes de Medicare para medicamentos recetados estarán disponibles para todos los beneficiarios de Medicare. Vea las páginas 105 – 140 para más detalles.

¿Cómo funciona el Plan Original de Medicare con los planes de Medicare para recetas médicas?

- Usted paga una prima mensual separada por el plan para medicamentos recetados.
- Usted paga un copago o coseguro y el deducible del plan para medicamentos recetados.
- Usted obtiene una tarjeta del plan que debe mostrar cuando compra su medicamento.

Plan de Medicare para recetas médicas (continuación)

¿Cómo funciona el Plan Original de Medicare con los planes de Medicare para recetas médicas? (continuación)

- Usted debe ir a farmacias que pertenezcan a la red del plan de Medicare para recetas médicas en el que se ha inscrito. Si compra en una farmacia que no pertenece a la red del plan de Medicare, en la mayoría de los casos, el medicamento no estará cubierto y tendrá que pagar el precio total del mismo.
- Cada plan de Medicare para recetas médicas tiene una lista de los medicamentos recetados cubiertos y la misma puede variar con cada plan. En la mayoría de los casos, sólo estarán cubiertos los medicamentos de la lista.

¿Qué ocurre si mis ingresos son limitados y no puedo pagar por un plan de Medicare para recetas médicas?

Las personas que tienen Medicare y Medicaid y otros con ingresos y recursos limitados podrían ser elegibles para recibir ayuda para pagar por los costos del plan para recetas médicas. Vea el cuadro en las páginas 144 – 149 para ver los costos y si es elegible para la ayuda. También podría inscribirse en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare (vea las páginas 83 – 103).

Plan de Medicare para recetas médicas (continuación)

¿Qué ocurre si mis ingresos son limitados y no puedo pagar por un plan de Medicare para recetas médicas? (continuación)

Recuerde: Si tiene cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador pasado o actual o sindicato, comuníquese con el administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio a su cobertura de recetas médicas.

Cómo se pagan sus facturas si usted tiene otro seguro médico

A veces su otro seguro de salud paga primero y el Plan Original de Medicare es el pagador secundario. Los seguros que usted pueda tener que paguen primero incluyen: seguro de grupo de empleador a través de su empleo actual o de un miembro de su familia, seguro sin parte culpable, seguro de responsabilidad, beneficios de mineros, seguro de accidente de trabajo. En la mayoría de los casos estos seguros deben pagar primero. Es importante que le avise a su médico que tiene otro seguro para que pueda enviar las facturas correctamente.

En algunos casos, si el seguro que tiene que pagar primero no lo hace a tiempo, el Plan Original de Medicare hace un pago "condicional". El pago de Medicare es condicional porque debe ser reembolsado a Medicare cuando el pagador primario haga el pago.

Cómo se pagan sus facturas si usted tiene otro seguro médico (continuación)

Si está inscrito en el Plan Original de Medicare y tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame al contratista de coordinación de beneficios al 1 800 999 - 1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 800 318 - 8782. Para más información visite www.medicare.gov por Internet o llame gratis al 1 800 633 - 4227, diga "Publicaciones" y obtenga una copia gratis de "Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero" (Pub. CMS No. 02179 - S).

Nota: Si tiene otro seguro que paga por sus medicamentos recetados y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, debe comunicarle a su plan de Medicare para recetas médicas que tiene otra cobertura.

- **Fin de esta página**



Sección 6: Planes Medicare Advantage y Otros Planes de Salud de Medicare

¿Qué son los Planes Medicare Advantage?

Los Planes Medicare Advantage son opciones de planes de salud del Programa Medicare. Si se inscribe en uno de estos planes, generalmente recibirá todos los servicios de salud cubiertos por Medicare a través del plan.

La cobertura puede también incluir sus medicamentos recetados. Medicare paga a estos planes privados una cantidad fija mensual por su cuidado, independientemente de que usted use o no los servicios. En la mayoría de estos planes hay beneficios adicionales y copagos más bajos que los del Plan Original de Medicare. Sin embargo, tal vez deba consultar a médicos que pertenezcan al plan y en algunos casos a ciertos hospitales para obtener los servicios.

Los Planes Medicare Advantage incluyen los HMO de Medicare (vea las páginas 90 – 92), los PPO de Medicare (vea las páginas 93 – 94), los Planes de Necesidades Especiales (vea las páginas 95 – 96) y los Planes Privados de Pago-por-Servicio de Medicare (vea la página 97).

Recuerde, las palabras subrayadas se definen en las páginas 9 – 17.

¿Cuáles son los otros planes de salud de Medicare?

Hay algunos planes de salud de Medicare que no son parte de Medicare Advantage. Sin embargo, son parte del Programa Medicare. En algunos de estos planes, usted obtendrá a través del plan todos los beneficios cubiertos por Medicare incluido el de recetas médicas. Medicare paga a estos planes privados una cantidad fija mensual por su cuidado.

Estos otros Planes de Salud de Medicare incluyen los Planes de Costo de Medicare (vea la página 98), los Programas Piloto de Medicare (vea la página 99) y PACE (Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos, vea la página 154).

Las páginas 84 – 87 le brinda una descripción breve de algunos de los tipos de Planes Medicare Advantage y de los Planes de Salud de Medicare.

Planes Medicare Advantage

- Planes del Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO por su sigla en inglés) — Por lo general, usted sólo puede ir a su médico de cabecera, especialista u hospitales de la lista del plan excepto en caso de emergencia. Vea las páginas 90 – 92.

Planes Medicare Advantage (continuación)

- Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO, por su sigla en inglés) — En la mayoría de estos planes, usted paga menos si se atiende con médicos, especialistas u hospitales de la "red" del plan. Usted puede atenderse con médicos, especialistas u hospitales que no están en la lista del plan, pero generalmente le costará más caro. Vea las páginas 93 – 94.

- Planes para Necesidades Especiales — Estos planes, brindan cobertura de salud diseñada para un grupo específico de personas. Veas las páginas 95 – 96.

- Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS por su sigla en inglés) — Si se inscribe en uno de estos planes puede ir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte las condiciones de pago del plan. La compañía privada, en vez del Programa Medicare, es quien decide cuánto pagará y cuánto le corresponderá pagar a usted por los servicios que reciba. Vea la página 97.

- **Fin de esta página**

Otros Planes de Salud de Medicare

- Planes de Costo de Medicare — En estos planes, usted puede usar médicos de cuidado primario, especialistas y hospitales de la lista del plan ("red"). Sin embargo, a diferencia de los Planes Medicare Advantage, si recibe servicios de un proveedor que no pertenece a la red del plan, los mismos estarán cubiertos por el Plan Original de Medicare. La cobertura de estos planes puede incluir los medicamentos recetados. Los planes de costos no brindan beneficios adicionales gratuitos o ahorros en la Parte B de Medicare o en las primas de su cobertura de medicamentos recetados. Vea la página 98.

  Nota: Hay un número limitado de Planes de Costo de Medicare.

- Programas Piloto — Estos planes son proyectos especiales que prueban futuras mejoras potenciales en los costos de cobertura de Medicare y en la calidad del cuidado. Vea la página 99.

- PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos) — PACE combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para los ancianos. Vea la página 154.

Otros Planes de Salud de Medicare (continuación)

Si en su área hay Planes Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare disponibles, y usted tiene las Partes A y B de Medicare, puede inscribirse en uno de ellos y obtener a través del mismo, todos los beneficios cubiertos por Medicare.

Si ya está inscrito en un HMO y sólo tiene la Parte B, podría permanecer en el plan. Tal vez debe pagar una prima mensual por los beneficios adicionales y por la cobertura de recetas médicas.

Nota: Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final, vea la página 66. Quizá no pueda inscribirse y el plan podría tener normas especiales que usted deba seguir.

Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare

- usted sigue estando en el Programa Medicare.
- aun tiene los derechos y protecciones de Medicare (vea la Sección 11).
- sigue recibiendo todos los servicios cubiertos por Medicare (vea las páginas 31 – 33 y 35 – 49).

Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare (continuación)

- usted podría obtener cobertura de medicamentos recetados del plan. En la mayoría de los Planes Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare, usted podría obtener la cobertura de sus recetas médicas a través del plan, si es que la ofrece. Si está inscrito en un Plan Privado de Pago-por - Servicio que no ofrece cobertura de medicamentos recetados, o si tiene un Plan de Costo de Medicare, puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

- tal vez puede recibir beneficios adicionales, como cobertura de servicios de la vista, oído, dental y/o programas sobre salud y bienestar. Sin embargo, quizá tenga que atenderse con médicos que pertenezcan al plan.

- lo que usted paga de su bolsillo además de la prima de la Parte B, depende de la prima mensual del plan (vea la página 69 para la cantidad de la prima de la Parte B para el 2006). Los Planes Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare tendrán una prima que incluye la cobertura de beneficios de la Parte A y B, el beneficio de medicamentos recetados (si lo ofrecen) y cualquier beneficio extra (si lo ofrecen).

Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare (continuación)

- usted tendrá que pagar otros costos (como copagos o coseguro) por los servicios que reciba. Por lo general, los gastos de su bolsillo en estos planes son menores que los del Plan Original de Medicare.

Para más información sobre los Planes Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare, visite www.medicare.gov por Internet, o llame gratis al 1 800 633 - 4227 para obtener la información más actualizada sobre los planes de salud. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

- **Fin de esta página**

Planes Medicare Advantage

Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO por su sigla en inglés)

Estas son las reglas generales sobre cómo funcionan los HMO de Medicare. Para algunas de estas reglas puede que los planes tengan algunas diferencias, por eso es importante que usted lea atentamente los materiales del plan.

- En la mayoría de los HMO hay hospitales y médicos que se inscriben en el plan (red). Generalmente tendrá que recibir la mayor parte de sus servicios de la red del plan. Llame al plan que le interesa para obtener una lista de los médicos y hospitales de la red del plan.
- Si se inscribe en un plan, quizá le pidan que elija un médico de cabecera. Su médico de cuidado primario es el médico que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos HMO, usted debe atenderse con su médico de cuidado primario antes de ver a cualquier otro proveedor de la salud.
- Si quiere seguir atendiéndose con su médico, llame y pregunte si su médico pertenece al HMO de Medicare y si puede seguir atendiéndolo una vez que usted se inscriba en el plan. En caso contrario, quizá le convenga pedirle una recomendación o escoger otro plan.

Planes Medicare Advantage (continuación)

Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO por su sigla en inglés) (continuación)

- Si desea cambiar de médico de cabecera, pídale al plan la lista de médicos del plan en su zona.
- Los médicos pueden ingresar y dejar los HMO de Medicare en cualquier momento. Si su médico de cabecera se retira, el plan debe avisarle con anticipación y darle la opción de elegir otro médico.
- Si recibe atención médica fuera de la red del plan, tal vez tenga que pagar por estos servicios de su propio bolsillo. Ni el HMO de Medicare ni el Plan Original de Medicare pagarán por ellos.
- El área de servicio es el lugar donde el plan inscribe a sus miembros y brinda sus servicios. Usted tiene cobertura de salud en caso de emergencia o cuidado urgente y no está en el área de servicio del HMO (vea las páginas 44 y 48).
- Por lo general necesita ser referido por su médico de cabecera para ver un especialista (como un cardiólogo). Un referido es una orden escrita por la cual su médico de cuidado primario lo envía a un especialista o a que obtenga ciertos servicios.

Planes Medicare Advantage (continuación)

Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO por su sigla en inglés) (continuación)

- Existen reglas especiales para ciertos servicios. Por ejemplo, si usted es mujer puede hacerse una mamografía una vez al año sin un referido de su médico de cabecera. Puede ir a ver un especialista de la red para servicios de rutina cubiertos por Medicare y servicios preventivos cada dos años por medio. Si el especialista que necesita no está disponible, el plan coordinará los servicios de salud necesarios fuera de la red.
- Algunos HMO de Medicare ofrecen la opción de Punto-de-Servicio. Esta opción le permite ir a médicos y hospitales que no son parte de la red del plan, pero usted podría pagar más.
- Si su HMO incluye el beneficio de recetas médicas, usted pagará un copago o coseguro por cada medicamento recetado (a menos que tenga Medicare y Medicaid y viva en una institución como un asilo de ancianos).

- **Fin de esta página**

Planes Medicare Advantage (continuación)

Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO por su sigla en inglés)

Los PPO de Medicare usan muchas de las normas de los HMO de Medicare que nombramos en las páginas 90 – 92.

Sin embargo, generalmente en un PPO usted puede ir a cualquier médico o proveedor que acepte Medicare (en la mayoría de los casos). Usted no necesita ser referido para ver un especialista o un proveedor fuera de la red. Si usted va a hospitales, médicos u otros proveedores que no son parte de la red ("fuera de la red" o "no preferidos"), generalmente pagará más. Tal vez le convenga comunicarse con el plan antes de obtener el servicio y preguntar cuánto pagará y si el servicio que necesita está cubierto.

Por lo general, usted recibirá más beneficios a costos más bajos que en el Plan Original de Medicare. Todos los planes PPO deben pagar por todos los servicios cubiertos que usted reciba fuera de la red, pero cada plan difiere en cuanto a lo que usted debe pagar. Si desea más información, comuníquese con su plan.

- **Fin de esta página**

Planes Medicare Advantage (continuación)

NUEVO

A partir del 2006, los PPO regionales estarán disponibles en la mayoría del país para ofrecer opciones de cobertura de salud. Además, los PPO locales ahora están disponibles en más zonas del país. A diferencia de los **PPO locales** que atienden condados individuales, los **PPO regionales** atenderán a una región, que podría incluir un sólo estado o un área que abarca varios estados. Esto ayudará a ofrecer más opciones de planes a los beneficiaros de Medicare. Tal como los miembros de los PPO locales, los beneficiarios de los PPO regionales podrán recibir cobertura de recetas médicas a través del plan. Los beneficiarios de los PPO regionales tendrán una protección adicional para los beneficios de las Partes A y B. Tendrán un límite anual para los gastos directos de sus bolsillos. Este límite variará según el plan.

- **Fin de esta página**

Planes Medicare Advantage (continuación)

Planes para Necesidades Especiales

En el 2005, los Planes de Salud de Medicare comenzaron a ofrecer los "Planes para Necesidades Especiales". Estos planes limitan todos o la mayoría de sus miembros a beneficiarios:

- en ciertas dependencias de cuidado a largo plazo (como un asilo de ancianos),
- elegibles tanto para Medicare como para Medicaid, o
- con ciertas enfermedades crónicas o condiciones que podrían incapacitarlos.

Los Planes para Necesidades Especiales están disponibles en áreas limitadas. Este tipo de plan debe ser diseñado para brindar atención médica y servicios a las personas que se beneficiarían más de la especialización de los proveedores y un tipo de atención focalizada. Estos planes también deben brindar cobertura de recetas médicas. En la mayoría de ellos, por lo general hay beneficios adicionales y copagos más bajos que en el Plan Original de Medicare.

- **Fin de esta página**

Planes Medicare Advantage (continuación)

Planes para Necesidades Especiales (continuación)

Por ejemplo, un Plan para Necesidades Especiales para beneficiarios que padecen de diabetes podría tener proveedores extras con experiencia en el cuidado de pacientes con diabetes, que se hayan concentrado en un entrenamiento especial o consejería y/o nutrición y ejercicios diseñados para controlar mejor ese problema de salud. Un Plan para Necesidades Especiales para personas con Medicare y Medicaid podría ayudar a sus beneficiarios a tener acceso a los recursos comunitarios y a coordinar muchos de sus servicios de Medicare y Medicaid.

Para averiguar si alguno de estos planes está disponible en su área:

- visite www.medicare.gov por Internet y seleccione "Buscador" en la parte superior de la página.
- llame gratis al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

- **Fin de esta página**

Planes Medicare Advantage (continuación)

Planes Privados de Pago-por-Servicio

Los Planes Privados de Pago-por-Servicio son planes ofrecidos por una compañía privada en los que usted paga por cada servicio. A continuación le presentamos las normas generales de estos planes:

- Usted puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte los términos de pago del plan.
- Usted podría obtener beneficios adicionales que no están cubiertos por el Plan Original de Medicare, como por ejemplo días extras en el hospital.
- La compañía privada en vez de Medicare, decide cuánto pagará y cuánto tendrá que pagar usted por los servicios que recibe.
- Si está inscrito en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, podrá obtener el beneficio de recetas médicas a través del plan si es que lo ofrece o, puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas si es que su plan no ofrece dicha cobertura.

- **Fin de esta página**

Otros Planes de Salud de Medicare

Planes de Costo de Medicare

Estas son las normas generales sobre el funcionamiento de los Planes de Costo de Medicare. Algunos planes podrán diferir un poco en cuanto a estas normas, por eso es importante que lea los documentos del plan.

- Los Planes de Costo de Medicare se ofrecen sólo en zonas limitadas del país.
- Los Planes de Costo de Medicare utilizan muchas de las normas de los HMO que aparecen en las páginas 90 – 92. Sin embargo, en un Plan de Costo de Medicare:
  - Si se atiende con un proveedor que no pertenezca a la red del plan, los servicios estarán cubiertos por el Plan Original de Medicare.Usted pagará el coseguro y deducibles de las Partes A y B.
  - Usted puede inscribirse en un Plan de Costo de Medicare en cualquier momento si es que está aceptando nuevos miembros.
  - Usted puede retirarse de un Plan de Costo de Medicare en cualquier momento y regresar al Plan Original de Medicare.
  - Si está inscrito en un Plan de Costo de Medicare, puede obtener el beneficio de recetas médicas del plan, si es que lo ofrece o, inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas para obtener esta cobertura.

Otros Planes de Salud de Medicare (continuación)

Programas Piloto

Los programas piloto son proyectos especiales para probar futuras mejoras potenciales en la cobertura, costos y calidad de los servicios de Medicare. Los programas piloto generalmente son para un grupo específico de gente y/o se ofrecen sólo en áreas específicas. Los resultados de estos programas piloto han ayudado a elaborar muchos de los cambios de Medicare a lo largo de los años. Para informarse sobre los programas piloto en los que podría participar, visite www.medicare.gov por Internet o llame gratis al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

PACE (Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

Los planes PACE se ofrecen en algunos estados como una opción dentro de Medicaid. Si desea información sobre PACE, vea la página 154.

- **Fin de esta página**

Sus costos del Plan Medicare Advantage y de los otros Planes de Salud de Medicare

Lo que usted paga de su bolsillo cada año depende de:

- Si el plan cobra una prima mensual además de la prima mensual que usted paga por la Parte B ($88.50 en el 2006). Los Planes Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare tendrán una prima que incluye la cobertura de los beneficios de las Partes A y B, las recetas médicas (si la ofrecen) y beneficios adicionales (si los ofrecen).
- Si el plan reduce la prima mensual de la Parte B de Medicare (vea abajo).
- Cuánto tenga que pagar por visita o servicio.
- El tipo de atención que necesita y la frecuencia.
- Los beneficios adicionales que necesite, si el plan los paga y si le cobrarán por ellos una prima adicional.

Ahorre en su prima de la Parte B de Medicare

Algunos Planes Medicare Advantage pueden pagar toda o parte de la prima de la Parte B de Medicare. Si se inscribe en un plan que ofrece este beneficio, podría ahorrar dinero. Usted igual recibirá todos los servicios cubiertos por las Parte A y B de Medicare.

Planes Medicare Advantage con cobertura de recetas médicas

La mayoría de estos planes ya ofrecen algún tipo de cobertura de medicamentos recetados. En el 2006, habrá más Planes Medicare Advantage con opción de cobertura para recetas médicas que brindan aún más ayuda con los costos de medicamentos. Si su Plan Medicare Advantage decide ofrecer la cobertura de Medicare para recetas médicas y usted quiere obtenerla, debe aceptar la que ofrece su plan. O, puede inscribirse en otro plan o regresar al Plan Original de Medicare e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Si actualmente está inscrito en un Plan Medicare Advantage, en el otoño el plan le mandará información explicándole sus opciones de cobertura para el año próximo.

Nota: La cobertura de Medicare para recetas médicas es voluntaria. En algunos casos, los Planes Medicare Advantage u otros Planes de Salud de Medicare no ofrecen esta cobertura. Si este fuese el caso, usted puede quedarse con su cobertura actual o cambiar al Plan Original de Medicare si es que no desea la cobertura de recetas médicas. Sin embargo, si usted se inscribe por primera vez en un plan de Medicare para recetas médicas después del 15 de mayo de 2006, tendrá que pagar una penalidad.

Ahorre en la prima de su cobertura de recetas médicas

Usted tendrá que pagar una prima por la cobertura de recetas médicas tal como lo hace por la Parte B de Medicare. Algunos Planes Medicare Advantage o Planes de Salud de Medicare podrían pagar toda o parte de la prima de la cobertura de medicamentos recetados. Si usted se inscribe en un plan que ofrece este beneficio, podría ahorrar dinero. Lea atentamente los documentos del plan antes de inscribirse para averiguar si el Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare que le interesa ofrece una prima más baja por la cobertura de recetas médicas. Los planes deciden cada año si reducirán parte o toda la prima a pagar por esta cobertura.

- **Fin de esta página**

Cómo se pagan sus facturas si tiene otro seguro médico

A veces su otro seguro paga sus facturas primero y su Plan Medicare Advantage o el otro **Plan de Salud de Medicare** paga después. Otros seguros que podrían ser los pagadores primarios son el seguro grupal de empleador (cuando lo obtiene del empleador actual de un miembro de su familia), un seguro sin parte culpable, un seguro de responsabilidad, beneficios de enfermedad pulmonar minera/pulmón negro o el seguro de compensación al trabajador. Es importante que le diga a su médico y al hospital que tiene otro seguro para que envíen las facturas a quien corresponda. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, llame al Contratista de Coordinación de Beneficios al 1 800 999 - 1118. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 800 318 - 8782. Para más información sobre quién paga primero visite www.medicare.gov por Internet o llame gratis al 1 800 633 - 4227 y obtenga una copia gratis de "Medicare y Otros Beneficios de Salud: Una Guía sobre Quién Paga Primero" (Pub. CMS No. 02179 - S).

- **Fin de esta página**

Notas



Sección 7: La Cobertura Medicare para Recetas Médicas

¿Qué es la cobertura Medicare para Recetas Médicas?

A partir del 1 de enero de 2006, la cobertura nueva de recetas médicas estará disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Todas las personas con Medicare pueden obtener esta cobertura que podría ayudarles a rebajar los costos de medicamentos y protegerlos contra el aumento de los mismos en el futuro. La cobertura de recetas médicas es un seguro brindado por compañías privadas. Usted elige el plan y paga una prima mensual. Como con cualquier otro seguro, si decide no inscribirse en un plan cuando es elegible por primera vez y lo hace más tarde tendrá que pagar una penalidad.

Recuerde, las palabras subrayadas se definen en las páginas 9 – 17.

- **Fin de esta página**

¿Qué es la cobertura Medicare para Recetas Médicas? (continuación)

Hay dos tipos de planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Hay una cobertura de recetas médicas que es parte de los Planes Medicare Advantage y de los otros Planes de Salud de Medicare. Usted recibirá todos los beneficios de Medicare a través de estos planes. También estará disponible la cobertura de Medicare para recetas médicas que se agrega a la cobertura ofrecida por el Plan Original de Medicare, a algunos de los Planes de Costo de Medicare y a los Planes Privados de Pago-por-Servicio de Medicare. Estos planes serán ofrecidos por compañías privada aprobadas por Medicare. En esta sección a ambos tipos de planes se les llamará planes de medicamentos recetados.

Nota: Si el seguro de su empleador o sindicato le ofrece cobertura de recetas médicas, tal vez no necesite inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas (vea las páginas 117 – 121).

- **Fin de esta página**

¿Qué es la cobertura Medicare para Recetas Médicas? (continuación)

Como otros seguros, si usted se inscribe en un plan que ofrece cobertura de recetas médicas, tendrá que pagar una prima mensual. Si tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda obtener ayuda adicional para pagar por sus medicamentos por un precio muy bajo o sin costo alguno. La cantidad que usted paga en concepto de prima no se verá afectada por su estado de salud o por la cantidad de medicamentos que necesite. Usted también pagará su parte del costo de sus medicamentos recetados. Todos los planes de recetas médicas deberán brindar por lo menos una cobertura equivalente a la cobertura estándar establecida por Medicare (vea las páginas 136 – 138). Sin embargo, algunos planes podrían ofrecer más cobertura y medicamentos por una prima mensual más elevada.

Si tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda obtener ayuda adicional para pagar por los costos del plan para recetas médicas (vea las páginas 141 – 156).

● **Fin de esta página**

Usted debe tomar una decisión importante sobre la cobertura de sus recetas médicas

La cobertura que elija afectará:

La cobertura

Los planes de Medicare para recetas médicas cubrirán los medicamentos genéricos y de marca. Los planes pueden tener normas sobre qué medicamentos cubren en las distintas categorías. Esto garantiza que losbeneficiarios que padecen de problemas diferentes obtengan el tratamiento que necesitan.

La mayoría de los planes utilizará un formulario que es una lista de los medicamentos cubiertos por el plan. Esta lista debe cumplir con los requisitos de Medicare pero puede cambiar a medida que los planes reciben información nueva. Los planes tienen que avisarle por lo menos 60 días antes que un medicamento que usted usa sea quitado de la lista o si los costos cambian.

Si su médico indica que usted necesita un medicamento que no está en la lista o si quitan uno de sus medicamentos de la lista, usted o su médico pueden solicitar que se haga una excepción o apelar la decisión.

- **Fin de esta página**

Usted debe tomar una decisión importante sobre la cobertura de sus recetas médicas (continuación)

La cobertura que elija afectará:

El costo

Las primas mensuales y su parte del costo de los medicamentos recetados variarán de acuerdo al plan que escoja. Si tiene ingresos y recursos limitados, podría recibir ayuda adicional para pagar por los costos de sus recetas médicas (vea la sección 8).

Conveniencia

Los planes para recetas médicas tendrán contrato con ciertas farmacias de su área. Llame al plan para asegurarse que las farmacias del plan que escoge estén ubicadas convenientemente. Algunos planes le permitirán ordenar sus medicamentos por correo.

• **Fin de esta página**

Usted debe tomar una decisión importante sobre la cobertura de sus recetas médicas (continuación)

La cobertura que elija afectará:

Seguridad ahora y en el futuro

Aun si usted no toma muchos medicamentos recetados ahora, igual debería considerar inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas en el 2006. A medida que se envejece, la mayoría de las personas necesitan más medicamentos para mantenerse sanos. Para muchos beneficiarios, inscribirse ahora significa que usted pagará la prima mensual más baja. Si no se inscribe para el 15 de mayo de 2006, y no tiene actualmente un plan que cubra, en promedio, al menos lo mismo que un plan de Medicare para recetas médicas, tendrá que esperar hasta el 15 de noviembre del 2006 para inscribirse. Cuando lo haga, **el costo de la prima aumentará por lo menos un 1% mensual por cada mes que demoró en inscribirse.** Como con otros seguros, usted tendrá que pagar esta penalidad por todo el tiempo que tenga el plan de Medicare para medicamentos recetados. Si se inscribe para el 31 de diciembre de 2006 su cobertura empezará el 1 de enero del 2007.

● **Fin de esta página**

Ayuda para tomar una decisión sobre la cobertura de sus recetas médicas

Todos los beneficiarios deben tomar una decisión al respecto. Aun cuando todos los planes de medicamentos deben cumplir con los estándares de Medicare, hay varias cosas que debe considerar y que podrían influir en sus opciones. Este manual está organizado para ayudarle a obtener rápidamente la información que necesita. Usted podría pertenecer a más de uno de estos grupos. Si necesita ayuda para averiguarlo, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea las páginas 206 – 212). También puede ir a www.medicare.gov o llamar gratis al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

Importante: La cobertura de medicamentos recetados es un seguro. NO son las muestras gratis de los médicos, las tarjetas de descuento, las tarjetas de descuento para medicamentos aprobados por Medicare con o sin el crédito de $600, ni las clínicas gratuitas o sitios Web que ofrecen medicamentos con descuento.

- **Fin de esta página**

Ayuda para tomar una decisión sobre la cobertura de sus recetas médicas (continuación)

Los cuadros en las dos páginas siguientes le ayudarán a obtener la información que se aplique a su situación personal.

- Si usted **tiene actualmente** cobertura de medicamentos recetados, vea el cuadro de las páginas 113 – 114.
- Si usted **no tiene actualmente** cobertura de medicamentos recetados, vea el cuadro de las páginas 115 – 116.

Las personas con ingresos y recursos limitados podrían ser elegibles para recibir ayuda adicional para pagar por los costos de esta cobertura (vea las páginas 141 – 156).

Medicare está trabajando conjuntamente con otros representantes gubernamentales, grupos comunitarios y religiosos, empleadores y sindicatos, médicos, farmacias y otras personas y organizaciones locales para que le ayuden a comprender y analizar la cobertura de recetas médicas y los planes disponibles en su comunidad. Busque información sobre los eventos en los periódicos locales o por la radio. También puede obtener asesoramiento personalizado llamando a la oficina local de envejecimiento. Para obtener el número de teléfono visite www.eldercare.gov.

Ayuda para tomar una decisión sobre la cobertura de sus recetas médicas (continuación)

Recuerde, esta cobertura nueva puede ayudarle con los costos de sus medicamentos y con la seguridad para su futuro, independientemente de cómo pague por sus recetas hoy.

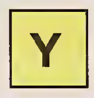
Qué hacer si TIENE ACTUALMENTE cobertura para recetas médicas

Su cobertura actual puede cambiar cuando la cobertura de Medicare para medicamentos recetados entre en vigencia el 1 de enero de 2006.

Si tiene ingresos y recursos limitados, vea las páginas 141 – 156.

¿Tiene usted cobertura de recetas médicas a través de su empleador o sindicato o el de su cónyuge?

- Vea las páginas 117 – 121 si desea más información.



- Llame a su administrador de beneficios para averiguar si y cómo podría verse afectada su cobertura. Comuníquese con su administrador de beneficios si tiene preguntas.



(Continua en la próxima página)

Qué hacer si TIENE ACTUALMENTE cobertura para recetas médicas (continuación)

¿Tiene usted cobertura de medicamentos recetados de:

- **Un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare?** Vea las páginas 122 – 123 para enterarse de sus opciones de cobertura de recetas médicas.
- **Una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)?** Vea las páginas 124 – 126 para enterarse de sus opciones de cobertura de recetas médicas.
- **Su programa estatal Medicaid?** Vea las páginas 129 – 131 para enterarse sobre cómo cambiará su cobertura de recetas médicas a partir del 1 de enero de 2006.
- **TRICARE, el Departamento de Asuntos de Veteranos o FEHB?** Vea las páginas 127 – 128.

Importante: La cobertura de recetas médicas es un seguro. NO son las muestras gratis de los médicos, las tarjetas de descuento, las tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare con o sin el crédito de $600, ni las clínicas gratuitas o sitios Web que ofrecen medicamentos con descuento.

- **Fin de esta página**

Qué hacer si NO TIENE ACTUALMENTE cobertura para recetas médicas

A partir del 1 de enero de 2006, todos los beneficiarios de Medicare podrán obtener dicha cobertura para ayudar a pagar sus medicamentos recetados. Esta cobertura es ofrecida por compañías privadas. Si usted tiene ingresos y recursos limitados, vea las páginas 141 – 156.

¿Recibe usted sus servicios médicos del Plan Original de Medicare con o sin una póliza Medigap?

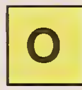
- Usted puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas para agregar este tipo de cobertura.



- Puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare de su área que brinde cobertura de salud y de recetas médicas.

Vea las páginas 131 – 132 si no tiene una póliza Medigap y desea más información.

Vea las páginas 133 – 134 si tiene una póliza Medigap y desea más información.



(Continua en la próxima página)

Qué hacer si NO TIENE ACTUALMENTE cobertura para recetas médicas (continuación)

¿Recibe usted sus servicios médicos de un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare?

- Vea las páginas 122 – 123 para enterarse de sus opciones de cobertura de recetas médicas.

Importante: La cobertura de recetas médicas es un seguro. NO son las muestras gratis de los médicos, las tarjetas de descuento, las tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare con o sin el crédito de $600, ni las clínicas gratuitas o sitios Web que ofrecen medicamentos con descuento.

- **Fin de esta página**

1. Tengo cobertura de recetas médicas por mi ex-empleador o mi empleador actual o sindicato. ¿Qué necesito saber?

Medicare ayudará a empleadores y sindicatos a que sigan brindando a los jubilados la cobertura de medicamentos recetados que cumpla con los estándares de Medicare. Su ex-empleador, su empleador actual o sindicato (o de su cónyuge) le enviará para el 14 de noviembre de 2005, información sobre cómo se compara su cobertura con la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare. Esta información es importante porque puede afectar la decisión que debe tomar para este otoño sobre si se inscribe y cuándo en un plan de Medicare para recetas médicas.

- **Fin de esta página**

1. (continuación)

Sí, tengo cobertura de medicamentos recetados

- Si su empleador o sindicato (o de su cónyuge) ha determinado que su cobertura actual, **en promedio, es al menos tan buena** como la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare (llamada cobertura acreditable para recetas médicas):
  - Usted puede conservarla por todo el tiempo en que su empleador o sindicato la ofrezca, y
  - Usted no tendrá que pagar una penalidad si su empleador o sindicato deja de ofrecer la cobertura de sus medicamentos recetados, si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas dentro de los 63 días de terminada su cobertura, incluso si lo hace después de la fecha límite del 15 de mayo de 2006.

- **Fin de esta página**

1. (continuación)

Ejemplo de un beneficiario con cobertura de recetas médicas de un ex–empleador

Claudia está jubilada. Tiene cobertura de recetas médicas de su antiguo empleador. El mismo le ha notificado que su cobertura actual es, en promedio, tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y que ahora Medicare pagará por los costos de sus medicamentos. Claudia analizó las opciones de su antiguo empleador y decide quedarse con esa cobertura. Dado que la cobertura de su antiguo empleador es al menos tan buena como la de Medicare, si más tarde (después del 15 de mayo de 2006) Claudia decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque su antiguo empleador deja de ofrecer ese beneficio, no tendrá que pagar una penalidad si se inscribe dentro de los 63 días de terminada su cobertura.

- Si el empleador o sindicato suyo o de su cónyuge determina que su cobertura, **en promedio, no es tan buena como** la cobertura estándar de recetas médicas de Medicare, si desea inscribirse en un plan para medicamentos, debe hacerlo para el 15 de mayo de 2006 para no tener que pagar la penalidad.

  Atención: Si deja su cobertura de empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarla. También es posible que no pueda dejar su cobertura de **recetas médicas** sin tener que dejar su cobertura de **salud**.

1. (continuación)

Si la cobertura de recetas médicas de su empleador o sindicato no es tan buena como la de Medicare, averigüe cuáles son sus opciones de su administrador de beneficios. Usted podría:

- Quedarse con su plan de medicamentos recetados de su empleador o sindicato e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas para tener una cobertura más completa.
- Quedarse solamente con el plan de medicamentos recetados de su empleador o sindicato. Pero, si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas después del 15 de mayo de 2006, tendrá que pagar una penalidad.
- Dejar su cobertura actual y regresar al Plan Original de Medicare e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, o inscribirse en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare que cubra los medicamentos recetados. Vea el párrafo "atención" arriba.

Nota: Visite www.medicare.gov, o llame gratis al 1 800 633 - 4227 para obtener una lista de los planes de Medicare para recetas médicas en su área.

1. (continuación)

Ejemplo de un beneficiario con cobertura de recetas médicas de su antiguo empleador

José está jubilado y está en el Plan Original de Medicare. Tiene cobertura de medicamentos recetados de su antiguo empleador quien le notifica que su cobertura actual es, en promedio, no tan buena como la que ofrece Medicare. José analiza las opciones de su empleador y se entera que su antiguo empleador ahora tiene un contrato con un plan de Medicare para recetas médicas. José también se entera que si se inscribe en ese plan, su empleador pagará parte de su prima mensual del plan de Medicare para recetas médicas. José se inscribe en dicho plan y ahorra dinero no solo en sus medicamentos recetados sino en el pago de su prima.

- **Fin de esta página**

2. Tengo cobertura de un Plan de Salud de Medicare o de un Plan Medicare Advantage (como un HMO, PPO o PFFS). ¿Qué necesito saber?

Medicare está trabajando con su Plan Medicare Advantage o con su otro Plan de Salud de Medicare para brindarle aun más cobertura y costos más bajos.

Sí, tengo cobertura de medicamentos recetados

- Si tiene cobertura de medicamentos de su plan, recibirá un aviso del Plan Medicare Advantage o de otro Plan de Salud de Medicare explicándoles sus opciones de cobertura de recetas médicas. Lea los materiales del plan atentamente.

No tengo cobertura de medicamentos recetados

- Si no tiene cobertura de recetas médicas y quiere agregarla, puede:
  - preguntarle a su plan si en el 2006 ofrecerá dicha cobertura. Si lo hace, usted por lo general, tendrá que obtener la cobertura de medicamentos recetados de su plan si decide quedarse en ese plan, o
  - cambiarse a otro Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare de su área que ofrezca dicha cobertura (vea la página 15), o

(Continua en la próxima página)

2. (continuación)

- cambiarse al Plan Original de Medicare e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas (vea las páginas 137 – 138; y 165 – 166 sobre sus derechos Medigap).

Importante: Si permanece en su plan y el mismo no cubre los medicamentos recetados en el 2006, tendrá que pagar una penalidad si más tarde desea cambiar a un plan que ofrezca este beneficio.

Ejemplo de un beneficiario inscrito en un HMO de Medicare

Elsa tiene las Partes A y B de Medicare y está inscrita en un HMO. Obtiene todos sus servicios de salud del plan, incluyendo la cobertura de algunos medicamentos recetados. A partir del 1 de enero de 2006, su HMO de Medicare le ofrecerá la nueva cobertura de recetas médicas de Medicare que es mejor que la cobertura estándar de Medicare. A pesar de que su prima será más elevada, ahora tendrá más cobertura de medicamentos recetados. Elsa decide quedarse con su HMO.

Nota: Si está inscrito en alguno de los Planes Medicare Advantage (vea la página 97) o en un Plan de Costo de Medicare (vea la página 98), tal vez tenga otras opciones sobre cómo recibe su cobertura de recetas médicas.

Si es una persona de ingresos y recursos limitados, tal vez podría recibir ayuda para pagar por la cobertura de sus recetas (vea las páginas 141 – 156).

3. Tengo una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que cubre mis recetas médicas y el Plan Original de Medicare (Las Partes A y B de Medicare). ¿Qué necesito saber?

Sí, tengo cobertura de medicamentos recetados

- Las pólizas Medigap están cambiando (vea las páginas 74 – 79).
- En el otoño recibirá información por correo de su póliza Medigap describiendo sus opciones de cobertura de recetas médicas. Lea el aviso detenidamente antes de tomar una decisión.
- Para que Medicare ayude a pagar por sus recetas médicas, usted debe inscribirse en un plan que brinde esta cobertura. Con ello reducirá los costos de su prima porque Medicare pagará la mayor parte de la prima de los planes de medicamentos recetados.
- El primer período para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas es del 15 de noviembre de 2005 al 15 de mayo de 2006.

- **Fin de esta página**

3. (continuación)

- La mayoría de los beneficios de medicamentos recetados ofrecidos por las pólizas Medigap, en promedio, no es tan buena como la que ofrece Medicare. Lo que significa que en la mayoría de los casos, si se queda con su cobertura de recetas médicas de Medigap y no se inscribe en un plan para el 15 de mayo de 2006, si decide inscribirse después, tendrá que pagar una penalidad. Su prima Medigap también podría aumentar porque los nuevos miembros no podrán comprar esta póliza. Su próxima oportunidad para inscribirse será del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Su cobertura de recetas médicas comenzará el 1 de enero del año siguiente.
- Comuníquese con su compañía de seguro de Medigap antes de hacer algún cambio en su cobertura de recetas médicas.
- Si usted tiene su póliza Medigap de su empleador actual o anterior o sindicato, llame al administrador de beneficios.

- **Fin de esta página**

3. (continuación)

Ejemplo de un beneficiario que tiene una póliza Medigap que cubre las recetas médicas

Silvia tiene una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que brinda cobertura de medicamentos recetados. Recibió un aviso de su compañía de Medigap indicándole que su cobertura de medicamentos recetados de Medigap, en promedio, no es tan buena como la de Medicare. Silvia compró una póliza Medigap que no ofrece cobertura de medicamentos y decidió inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas para el 15 de mayo de 2006 para no tener que pagar la penalidad por inscribirse después de esa fecha y ahorrar dinero. Silvia paga ahora las primas mensuales de la Parte B de Medicare, de su plan para recetas médicas de Medicare y de su póliza Medigap.

Si es una persona de ingresos y recursos limitados, tal vez, podría recibir ayuda para pagar por la cobertura de sus recetas (vea las páginas 141 – 156).

- **Fin de esta página**

4. Tengo cobertura de recetas médicas de TRICARE, del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) o del Programa de Beneficios para Empleados Federales (FEHB). ¿Qué necesito saber?

Sí, tengo cobertura de medicamentos recetados

- Mientras reúna los requisitos, su cobertura de medicamentos recetados de TRICARE, de VA o de FEHB, no cambiará.
- Comuníquese con su administrador de beneficios o con el asegurador de FEHB si desea información sobre su cobertura de salud de TRICARE, VA o FEHB antes de hacer cualquier cambio. Casi siempre será beneficioso que conserve su cobertura actual sin hacer cambios.
- Si pierde su cobertura de TRICARE, VA o FEHB y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas después del 15 de mayo de 2006, en la mayoría de los casos, no tendrá que pagar una penalidad siempre y cuando lo haga dentro de los 63 días de terminada su cobertura de TRICARE, VA o FEHB.

- **Fin de esta página**

4. (continuación)

Ejemplo de un beneficiario de TRICARE

Juan es un jubilado de las fuerzas armadas y tiene TRICARE. Su plan paga por los medicamentos recetados. Juan decidió quedarse con los servicios de su plan porque la cobertura de recetas médicas de TRICARE es tan buena como la de Medicare.

Ejemplo de un beneficiario con cobertura de Veteranos

Julio es un veterano de guerra. Recibe sus servicios de salud y de medicamentos recetados del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). Julio decidió quedarse con los servicios de su plan porque la cobertura de recetas médicas de VA es tan buena como la de Medicare.

Ejemplo de un beneficiario con cobertura de FEHB

Lucas es un empleado federal jubilado. Su plan FEHB paga por sus recetas médicas. Lucas decide quedarse con su cobertura actual porque es tan buena como la de Medicare.

Si es una persona de ingresos y recursos limitados, tal vez podría recibir ayuda para pagar por la cobertura de sus recetas (vea la Sección 8).

5. Tengo cobertura completa de mi programa estatal Medicaid. ¿Qué necesito saber?

Sí, tengo cobertura de medicamentos recetados

- La cobertura de recetas médicas de Medicaid está cambiando. Medicare y no Medicaid, será quien pague por sus medicamentos recetados a partir del 1 de enero de 2006. Medicaid seguirá cubriendo otro cuidado que Medicare no cubre.
- La última fecha en la que Medicaid pagará por sus recetas médicas será el 31 de diciembre de 2005.
- Usted tendrá cobertura continua de medicamentos recetados de Medicare y, en la mayoría de los casos, pagará una pequeña cantidad de su bolsillo. Vea las páginas 147 – 149 para averiguar los costos.
- Medicare paga por casi todos los costos de sus medicamentos recetados si usted se inscribe en un Plan Medicare para Recetas Médicas (vea la página 13), o en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare que cubra los medicamentos recetados.
- Compare la cobertura y escoja un plan. Usted puede inscribirse en un plan a partir del 15 de noviembre de 2005.

5. (continuación)

Sí, tengo cobertura de medicamentos recetados (continuación)

- Medicare le avisará sobre el plan que ha elegido para usted en octubre del 2005, pero usted aún puede comparar y escoger un plan para el 31 de diciembre de 2005. Si para esa fecha no lo ha hecho, Medicare lo inscribirá en el plan en que lo había inscrito, para que no pierda ni un día de cobertura. Si usted decide que prefiere otro plan, puede cambiar en cualquier momento sin tener que pagar una penalidad.
- Si tiene Medicare y la cobertura completa de Medicaid y vive en una institución (como un asilo de ancianos), no tendrá que pagar nada por su cobertura de recetas médicas.

Ejemplo de un beneficiario con cobertura completa de Medicaid

Luis tiene cobertura completa de Medicaid. Recibió una carta avisándole que puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Como no lo hizo, Medicare lo inscribió en un plan de su área para que no pierda ni un día de cobertura. Luis puede buscar otro plan en su zona. Si piensa que el plan en que lo inscribió Medicare no cubre todas sus necesidades de medicamentos, puede cambiar de plan en cualquier momento.

5. (continuación)

Si tiene ingresos y recursos limitados, pero no recibe los beneficios completos de Medicaid, puede que califique para la ayuda adicional, vea las páginas 141 – 156.

6. Yo sólo tengo la cobertura del Plan Original de Medicare (las Partes A y B) y no tengo cobertura de recetas médicas. ¿Qué necesito saber?

No tengo cobertura de medicamentos recetados

- Para que Medicare ayude a pagar por sus medicamentos recetados, debe inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Usted puede elegir un plan que cubra sus necesidades. Consulte la página 139 para averiguar cómo obtener más información.

- Aun si usted en este momento no toma muchos medicamentos, le convendría inscribirse en un plan. A medida que se envejece, la mayoría de las personas necesitan medicinas recetadas para mantenerse sanos. Para gran parte de los beneficiarios inscribirse ahora significa que no tendrán que pagar la penalidad por inscribirse después de la fecha límite. Su prima será más elevada si se inscribe después del 15 de mayo del 2006 debido a que se aplica la penalidad.

6. (continuación)

No tengo cobertura de medicamentos recetados (continuación)

- Usted podrá inscribirse por primera vez entre el 15 de noviembre de 2005 y el 15 de mayo de 2006. En la mayoría de los casos, si no se inscribe en este período su próxima oportunidad será del 15 de noviembre de 2006 al 31 de diciembre de 2006 y tendrá que pagar una penalidad. Lo que significa que su prima será más cara por el tiempo en que tenga cobertura de recetas médicas.

Ejemplo de un beneficiario con cobertura del Plan Original de Medicare

Marta está inscrita en el Plan Original de Medicare y no tiene cobertura de recetas médicas. Paga por todos los medicamentos recetados de su propio bolsillo. Para obtener ayuda para pagar estos costos, decidió inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Consulta la página 139 del manual “Medicare y Usted”. Marta tiene una hija que le ayuda a buscar sus opciones en www.medicare.gov. Escoge un plan que cubre los medicamentos que está tomando y la farmacia que usa. Se inscribe el 15 de abril de 2006 para no tener que pagar la penalidad. Su cobertura comienza el 1 de mayo de 2006. Sus beneficios del Plan Original de Medicare continúan sin cambios.

Si es una persona de ingresos y recursos limitados, tal vez podría recibir ayuda para pagar por la cobertura de sus recetas (vea las páginas 141 – 156).

7. Yo tengo una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que no cubre mis medicamentos recetados y el Plan Original de Medicare (las Partes A y B). ¿Qué necesito saber?

No tengo cobertura de medicamentos recetados

- Para que Medicare ayude a pagar por sus medicamentos recetados, debe inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Usted puede elegir un plan que cubra sus necesidades. Consulte la página 139 para averiguar cómo obtener más información.

- Aun si usted en este momento no toma muchos medicamentos, le convendría inscribirse en un plan. A medida que se envejece, la mayoría de las personas necesitan medicinas recetadas para mantenerse sanos. Para gran parte de los beneficiarios inscribirse ahora significa que no tendrán que pagar la penalidad que deberían por inscribirse después de la fecha límite. Su prima será más elevada si se inscribe después del 15 de mayo del 2006 debido a que se aplica la penalidad.

- Usted puede inscribirse primero en un plan para recetas médicas del 15 de noviembre de 2005 al 15 de mayo de 2006. En la mayoría delos casos, si no se inscribe en este período su próxima oportunidad será del 15 de noviembre de 2006 al 31 de diciembre de 2006 y tendrá que pagar una penalidad. Lo que significa que su prima será más cara por el tiempo en que tenga cobertura de recetas médicas.

7. (continuación)

No tengo cobertura de medicamentos recetados (continuación)

- Comuníquese con su compañía de seguro Medigap si desea información sobre su póliza. Si tiene su póliza Medigap de su empleador actual o anterior o sindicato, llame al administrador de beneficios.

Ejemplo de un beneficiario con una póliza Medigap que no cubre las recetas médicas

Liliana tiene el Plan Original de Medicare (las Partes A y B) y una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que no cubre los medicamentos recetados. Liliana usa pocos medicamentos. Se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas para el 15 de mayo de 2006 para no tener que pagar la penalidad, para ahorrar dinero y para limitar sus gastos futuros de medicamentos. Escoge un plan que cubre los medicamentos que toma y que usa su farmacia. Liliana pagará primas mensuales separadas por la Parte B, su póliza Medigap y el plan para recetas médicas de Medicare.

Si es una persona de ingresos y recursos limitados, tal vez podría recibir ayuda para pagar por la cobertura de sus recetas (vea las páginas 141 – 156).

¿Qué debo tener en cuenta antes de escoger mi cobertura de recetas médicas de Medicare?

Antes de tomar una decisión debe analizar:

- ¿Tiene actualmente cobertura de medicamentos recetados? (La cobertura de recetas médicas NO son las muestras gratis de los médicos, las tarjetas de descuento, las tarjetas de descuento aprobadas por Medicare con o sin el crédito de $600, ni las clínicas gratuitas o sitios Web que ofrecen medicamentos con descuento.)
- ¿Cubre su plan al menos los mismo que un plan de Medicare para recetas médicas? Su plan puede darle esta información.
- ¿Cómo afectará los gastos de mi bolsillo esta cobertura? Tenga en cuenta que la cobertura de Medicare de recetas médicas también los protege de los costos elevados de su bolsillo si sus necesidades de medicamentos cambiaran.
- ¿Debe quedarse con su cobertura actual?
- ¿Hay algún plan en su área que cubra los medicamentos que usted necesita?
- ¿Puede obtener ayuda adicional para pagar por sus recetas si se inscribe en un plan de medicamentos recetados (vea las páginas 141 – 156)?

¿Qué debo tener en cuenta antes de escoger mi cobertura de recetas médicas de Medicare? (continuación)

- Si espera para inscribirse en un plan para recetas médicas, ¿serán más elevadas las primas porque tendrá que pagar la penalidad? (vea la página 110), ¿Comenzará su cobertura cuando usted lo desea?
- ¿Pasa usted parte del año en otro estado? (Esto puede ser importante si el plan le exige que use ciertas farmacias.)

¿Cuáles serán mis costos si decido inscribirme en un plan para recetas médicas?

Cuando usted recibe cobertura de medicamentos recetados de Medicare, paga una parte de los costos y Medicare paga la otra. Usted paga una prima mensual. Si tiene la Parte B de Medicare tiene que pagar la prima mensual de la Parte B. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Costo de Medicare, la prima mensual del plan puede aumentar si le agrega el beneficio de recetas médicas.

- **Fin de esta página**

¿Cuáles serán mis costos si decido inscribirme en un plan para recetas médicas? (continuación)

Sus costos variarán según el plan que escoja. Su plan, como mínimo debe brindarle el nivel estándar de cobertura tal como se indica abajo. Algunos planes ofrecen más cobertura o primas más bajas. **Usted puede ver los costos reales de los planes de Medicare para recetas médicas y de los Planes Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare en su área visite www.medicare.gov por Internet, o llame gratis al 1 800 633 - 4227.**

Cobertura estándar (la cobertura mínima que debe brindar los planes de medicamentos)

Si se inscribe en el 2006, usted pagará por lo medicamentos recetados cubiertos:

- una prima mensual (que variará según el plan que haya elegido, pero se estima que será aproximadamente $37 en el 2006).
- los primeros $250 anuales por sus medicamentos (deducible).

- **Fin de esta página**

¿Cuáles serán mis costos si decido inscribirme en un plan para recetas médicas? (continuación)

Después de pagar el deducible de $250, **usted paga:**

- El 25% del costo anual de sus medicamentos, de $250 a $2,250 y su plan paga por el otro 75% de los costos, luego
- El 100% de los $2,850 siguientes, después
- El 5% del costo de sus medicamentos recetados (o un copago pequeño) por el resto del año, una vez que haya gastado $3,600 de su bolsillo. Su plan pagará el resto.

- **Fin de esta página**

¿Dónde podré obtener ayuda para escoger mi cobertura de recetas médicas?

Si necesita ayuda para escoger la cobertura de recetas médicas de Medicare que satisfaga sus necesidades, puede obtener información personalizada si:

- visita www.mediare.gov por Internet.
- llama gratis al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048. Tenga consigo la tarjeta de Medicare, la lista de medicamentos que toma y el nombre de la farmacia que usa.
- obtiene una copia gratis del folleto "Su Guía de Medicare sobre la Cobertura para Recetas Médicas" (Pub. CMS No. 11109 - S) en www.medicare.gov o llamando gratis al 1 800 633 - 4227.
- llama al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea las páginas 206 – 212 para obtener el número de teléfono).
- se informa sobre los eventos locales de ayuda para inscribirse. Llame a su oficina local de envejecimiento. Si necesita el número de teléfono visite www.eldercare.gov por Internet.

Notas



Sección 8: Ayuda para las Personas con Ingresos y Recursos Limitados

Se brinda ayuda adicional a los beneficiarios con ingresos y recursos limitados para pagar por los costos de su atención médica y por los medicamentos recetados. Usted podría reunir los requisitos para uno o más de los programas descritos en esta sección. En esta sección mencionamos siete programas:

- Ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas, vea las páginas 142 – 143.
- Medicaid (ayuda de su estado), vea la página 150.
- Programas de Ahorros de Medicare (ayuda estatal de Medicaid para pagar las primas de Medicare), vea las páginas 151 – 152.
- Seguridad de Ingreso Suplementario, vea las páginas 152 – 153.
- El Programa PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos), vea la página 154.
- Programas para los residentes de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana, vea la página 155.
- Las tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare, vea la página 156.

Estas opciones se explican a continuación en esta sección. Su estado o su zona podrían tener otros programas en los que pueda inscribirse. Comuníquese con la Oficina Estatal de Asistencia Médica de su estado para obtener más información (vea la página 204).

También le conviene consultar las páginas 83 – 103 para averiguar sobre los Planes Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare. Estos planes frecuentemente brindan más beneficios y costos de su bolsillo más bajos. Pero, usted tendrá que ir a ciertos médicos y hospitales para recibir los servicios.

Ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas

¿Qué es este programa?

Si tiene ingresos y recursos limitados, podría recibir ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar por la prima mensual de su plan, el deducible anual y los copagos de los medicamentos.

Nota: Los territorios tienen sus propias normas para brindar la ayuda adicional a sus residentes. Vea la página 155 para más información.

Ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas (continuación)

¿Cuál es el criterio de elegibilidad para este programa?

La cantidad que usted reciba de ayuda adicional estará basada en sus ingresos y recursos (incluidos los ahorros y acciones pero sin contar su casa o automóvil). Usted es elegible si sus recursos son menos de $11,500 si es soltero o $23,000 si está casado y vive con su cónyuge.

Nota: Estas cantidades son para el año 2005. Si usted vive en Alaska o Hawaii, o paga más de la mitad de los gastos de familiares dependientes, los límites de ingresos son más elevados.

¿Cuál es el próximo paso?

Medicare envió cartas a las personas que son elegibles automáticamente para recibir esta ayuda en mayo o junio. Si no fue elegible automáticamente, la Administración del Seguro Social (SSA por su sigla en inglés) envió a las personas con ciertos ingresos una solicitud para la ayuda adicional. Si recibió dicha solicitud, llénela y devuélvala al SSA lo antes posible. Si no recibió la solicitud pero piensa que reúne los requisitos, llame al 1 800 772 - 1213, consulte www.socialsecurity.gov o su Oficina Estatal de Asistencia Médica y solicítela (vea la página 204). Una vez que haya presentado la solicitud, recibirá una carta por correo avisándole si se la han otorgado o no y cuál es el próximo paso a seguir.

Si solicita la ayuda adicional y la obtiene

Tendrá que escoger e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas para el 15 de mayo de 2006, o Medicare lo inscribirá en un plan a partir del 1 de junio de 2006 para garantizar que reciba la ayuda adicional y que no tenga que pagar la penalidad por inscribirse más tarde. Si el plan que escoge Medicare no responde a sus necesidades, usted puede cambiar de plan una vez antes del 31 de diciembre de 2006. Por lo general, su próxima oportunidad para cambiar de plan será del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Visite www.medicare.gov por Internet, o llame gratis al 1 800 633 - 4227 para averiguar sobre los planes disponibles en su área.

Aun si usted tiene actualmente cobertura de recetas médicas de su empleador o sindicato, de Servicio de Salud Indígena o del Departamento de Asuntos de Veteranos, igual debe solicitar la ayuda adicional. Verifique su cobertura actual para ver cómo funcionará con la cobertura de medicamentos recetados y la ayuda adicional de Medicare.

• **Fin de esta página**

Si solicita la ayuda adicional y la obtiene (continuación)

Sus costos si Solicita y Obtiene la ayuda adicional

Sus costos si Solicita y Obtiene la ayuda adicional menos de $12,920 ($17,321 si está casado y vive con su cónyuge) y sus recursos no exceden $7,500 ($12,000 si está casado y vive con su cónyuge). Su prima mensual* por un plan estándar es $0. Su deducible anual es $0. Su costo por medicamentos genéricos o de una lista de preferidos no será más de $2**. Su costo por otros medicamentos cubiertos no será más de $5**.

Nota: Vea las notas al final en la página 149.

Sus costos si Solicita y Obtiene la ayuda adicional menos de $12,920 ($17,321 si está casado y vive con su cónyuge) y sus recursos son más de $7,500 pero no más de $11,500 ($12,000 pero no más de $23,000 si está casado y vive con su cónyuge). Su prima mensual* por un plan estándar es $0. Su deducible anual es $50. Su costo por medicamentos genéricos o de una lista de preferidos no será más de 15% (por cada receta)***. Su costo por otros medicamentos cubiertos no será más de 15% (por cada receta)***.

Nota: Vea las notas al final en la página 149.

(La tabla continua en la próxima página).

Si solicita la ayuda adicional y la obtiene (continuación)

Sus costos si Solicita y Obtiene la ayuda adicional (continuación)

Sus costos si solicita y obtiene la ayuda adicional $12,920 o más pero menos de $14,355 ($17,321 o más pero menos de $19,245 si está casado y vive con su cónyuge) y sus recursos no más de $11,500 ($23,000 si está casado y vive con su cónyuge). Su prima mensual* por un plan estándar es con descuento pero el mismo varía. Su deducible anual es $50. Su costo por medicamentos genéricos o de una lista de preferidos no será más de 15% (por cada receta)***. Su costo por otros medicamentos cubiertos no será más de 15% (por cada receta)***.

Nota: Vea las notas al final en la página 149.

- **Fin de esta página**

Usted es elegible automáticamente para la ayuda adicional y no necesita solicitarla:

- Si tiene Medicare y la cobertura completa de Medicaid que actualmente paga por sus recetas. Usted debería inscribirse en un plan que cubra sus necesidades para el 31 de diciembre de 2005, porque Medicaid no seguirá pagando por sus recetas médicas. Si no lo hace, Medicare lo inscribirá en un plan que entre en vigencia el 1 de enero de 2006. Usted podrá cambiar de plan en cualquier momento (vea las páginas 129 – 131), o
- Si recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario o ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare (pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare). Debe inscribirse en un plan que cubra sus necesidades para el 31 de diciembre de 2005. Si no lo ha hecho para el 15 de mayo de 2006, Medicare lo inscribirá en un plan que entrará en vigencia el 1 de junio de 2006. Puede cambiar de plan una vez antes del 31 de diciembre de 2006.

Medicare envió cartas a las personas que son elegibles automáticamente para recibir esta ayuda en mayo o junio.

Si tiene Medicare y es elegible automáticamente para la ayuda adicional porque tiene Medicaid y vive en un asilo de ancianos u otra institución. Su prima mensual* por un plan estándar es $0. Su deducible anual es $0. Su costo ** por medicamentos genéricos o de una lista de preferidos no será más de $0. Su costo** por otros medicamentos cubiertos no será más de $0.

Nota: Vea las notas al final en la página 149.

Sus costos si es elegible automáticamente para la ayuda adicional

Si tiene Medicare y es elegible automáticamente para la ayuda adicional porque tiene Medicaid y su ingreso anual es $9,570 o menos (soltero) o $12,830 o menos (casado). Su prima mensual* por un plan estándar es $0. Su deducible anual es $0. Su costo ** por medicamentos genéricos o de una lista de preferidos no será más de $0. Su costo** por otros medicamentos cubiertos no será más de $0.

Si tiene Medicare y es elegible automáticamente para la ayuda adicional porque tiene Medicaid y su ingreso es más de $9,570 (soltero) o de $12,830 (casado). Su prima mensual* por un plan estándar es $0. Su deducible anual es $0. Su costo ** por medicamentos genéricos o de una lista de preferidos no será más de $1. Su costo** por otros medicamentos cubiertos no será más de $3.

Si tiene Medicare y es elegible automáticamente para la ayuda adicional porque su estado le ayuda a pagar las primas de Medicare. Su prima mensual* por un plan estándar es $0. Su deducible anual es $0. Su costo ** por medicamentos genéricos o de una lista de preferidos no será más de $2. Su costo** por otros medicamentos cubiertos no será más de $5.

Nota: Vea las notas al final en la página 149.

Sus costos si es elegible automáticamente para la ayuda adicional (continuación)

Si tiene Medicare y es elegible automáticamente para la ayuda adicional porque usted recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) pero no recibe Medicaid. Su prima mensual* por un plan estándar es $0. Su deducible anual es $0. Su costo ** por medicamentos genéricos o de una lista de preferidos no será más de $2. Su costo** por otros medicamentos cubiertos no será más de $5.

Nota: Los niveles de ingresos son para el 2005, los de recursos y costos compartidos son para el 2006 y aumentarán cada año. El número de miembros en su familia también puede influir en su elegibilidad basada en ingresos y recursos. Si vive en Alaska o Hawaii, los niveles son más altos.

*Si se inscribe en un plan que tiene una prima más alta que un plan estándar, tendrá que pagar la diferencia (por ejemplo, si el plan estándar cuesta $37 al mes y usted se inscribe en uno que cuesta $40 al mes, tendrá que pagar los $3 de diferencia cada mes).

Las cantidades disminuyen a **$0 por medicamento o $2 y $5 por medicamento *** una vez que la cantidad que usted paga y la que paga Medicare en ayuda adicional alcance $3,600 por año.

Medicaid

¿Qué es este programa?

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. La mayoría de sus costos por cuidado de salud están cubiertos si usted tiene Medicare y Medicaid. Los programas Medicaid varían en cada estado. Las personas con beneficios de Medicaid pueden obtener cobertura de servicios tales como asilos de ancianos y cuidado de la salud en el hogar que no están totalmente cubiertos por Medicare.

¿Cuál es el criterio de elegibilidad para este programa?

Los límites de ingreso para Medicaid varían en cada estado. Llame a la oficina de Asistencia Médica de su estado para averiguar si reúne los requisitos.

¿Cuál es el próximo paso?

Si desea más información sobre Medicaid, llame a la oficina de Asistencia Médica de su estado. Visite www.medicare.gov o llame gratis al 1 800 633 - 4227 y obtenga el número de teléfono de su estado.

Programas de Ahorros de Medicare (ayuda de Medicaid para pagar sus primas de Medicare)

¿Qué es este programa?

Los estados tienen programas que pagan las primas de Medicare a las personas de ingresos y recursos limitados y, en algunos casos, también pueden pagar los deducibles y coseguros. Estos programas ayudan a millones de beneficiarios de Medicare a ahorrar dinero cada año.

¿Cuál es el criterio de elegibilidad para este programa?

- Usted debe tener la Parte A. (Si usted está pagando una prima por la Parte A, el Programa de Ahorros de Medicare podría pagarla por usted.)
- Sus recursos deben ser de $4,000 o menos si es soltero o $6,000 o menos si está casado. Los recursos incluyen el dinero que tenga en cuentas de ahorro o cuentas corrientes, acciones o bonos.
- Su ingreso mensual no debe exceder $1,097 si es soltero o $1,464 si está casado. Los niveles de ingreso cambiarán un poco en el 2006. Si vive en Alaska o Hawaii, los límites de ingresos serán un poco más altos.

Nota: Cada estado individualmente podría tener requisitos sobre ingresos y/o recursos más generosos.

Programas de Ahorros de Medicare (ayuda de Medicaid para pagar sus primas de Medicare) (continuación)

¿Cuál es el próximo paso?

Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica. Dado que los nombres de estos programas pueden variar en cada estado, pida información sobre los Programas de Ahorros de Medicare. Es importante que llame si cree que reúne los requisitos para cualquiera de ellos, aun si no está seguro. Visite www.medicare.gov o llame gratis al 1 800 633 - 4227 para obtener el número en su estado.

Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario

¿Qué es este programa?

La Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés) es un beneficio mensual pagado por la Administración del Seguro Social a las personas de ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI le proporcionan dinero para cubrir las necesidades básicas de alimentos, ropa y vivienda. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social. Usted puede hacer una cita para solicitar SSI por teléfono o en persona en la oficina local del Seguro Social.

Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (continuación)

¿Cuál es el criterio de elegibilidad para este programa?

Para que le otorguen los beneficios de SSI debe tener ingresos y recursos limitados y estar incapacitado, ciego o tener 65 años o más. También debe ser residente de los EE.UU. y no debe ausentarse del país por más de 30 días, ser ciudadano o nacionalizado o estar en una de ciertas categorías de los que no son ciudadanos pero son elegibles.

¿Cuál es el próximo paso?

Si desea más información, llame al Seguro Social al 1 800 772 - 1213 o vaya a la oficina local. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 800 325 - 0778. También puede ver www.socialsecurity.gov y usar la Herramienta de Evaluación de Elegibilidad de Beneficios (BEST por su sigla en inglés) para averiguar si reúne los requisitos para obtener SSI u otros beneficios y decidir si los solicita.

- **Fin de esta página**

El programa PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

¿Qué es este programa?

PACE combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para las personas delicadas de salud. Algunos programas PACE también pueden brindar la cobertura de Medicare para recetas médicas. PACE podría ser para usted una opción mejor que un asilo de ancianos. Este programa está disponible sólo en los estados que han elegido ofrecerlo a través de Medicaid.

¿Cuál es el criterio de elegibilidad para este programa?

Los requisitos para PACE varían en cada estado. Debe comunicarse con la oficina local de Asistencia Médica para averiguar si reúne los requisitos.

¿Cuál es el próximo paso?

Para averiguar si reúne los requisitos y si hay un programa PACE cerca de usted o si desea más información, llame a la oficina local de Asistencia Médica (vea la página 204).

También puede visitar www.cms.hhs.gov/pace/pacesite.asp para obtener las direcciones y teléfonos de PACE.

Programas para las personas que viven en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana

¿Qué son estos programas?

Son programas para los residentes de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana con ingresos y recursos limitados.

¿Cuál es el criterio de elegibilidad para este programa?

Los programas varían en estos lugares.

¿Cuál es el próximo paso?

Para averiguar sobre las normas de estos programas, llame a la oficina local de Asistencia Médica (vea la página 204), visite www.medicare.gov o llame gratis al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

- **Fin de esta página**

Tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare

¿Qué es este programa?

Las tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare se introducieron por primera vez en el 2004 para ayudar a los beneficiarios de Medicare a obtener descuentos en sus medicamentos recetados, hasta que la nueva cobertura de recetas médicas de Medicare comience en el 2006. Estas tarjetas son temporarias y caducan en el 2006. Usted podrá seguir usando la tarjeta de descuento hasta el 15 de mayo de 2006 o hasta que se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas, lo que ocurra primero.

¿Qué ocurre si soy elegible para obtener el crédito en mi tarjeta de descuento aprobada por Medicare?

Si es elegible para obtener el crédito en su tarjeta de descuento, puede utilizar lo que le queda del crédito hasta el 15 de mayo del 2006 o hasta que se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas, lo que ocurra primero. Si fue elegible para el crédito, es posible que también sea elegible para la ayuda para pagar por los costos del plan (vea las páginas 142 – 149).

¿Cuál es el próximo paso?

Si desea más información sobre la tarjeta de descuento para recetas médicas aprobada por Medicare y el crédito, visite www.medicare.gov o llame gratis al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

Sección 9: Inscripción y Cambio de Planes

A veces, los beneficiarios de Medicare deciden inscribirse en un plan o cambiar de plan. Por ejemplo, una persona que está inscrita en el Plan Original de Medicare podría decidir cambiarse a un HMO de Medicare. O, un beneficiario que tiene un PPO de Medicare podría decidir cambiar al Plan Original de Medicare. Esta sección le brinda información sobre la inscripción en un Plan Medicare Advantage, otros Planes de Salud de Medicare, un plan de Medicare para recetas médicas o cómo cambiarse de plan.

Para información sobre la inscripción en el Plan Original de Medicare, vea la Sección 5.

¿Quién puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare?

Usted, por lo general, puede inscribirse si:

- vive en el área de servicio del plan en el cual se quiere inscribir. El área de servicio es la zona en la que usted debe vivir para que el plan lo acepte como miembro. En el caso de un HMO de Medicare, también es generalmente la zona en la que recibe sus servicios. El plan puede darle más información sobre el área de servicio.

¿Quién puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare? (continuación)

- usted tiene que tener la Parte A y la Parte B (excepto para los Planes de Costo de Medicare en los que se puede inscribir teniendo sólo la Parte B). Sin embargo, si usted está inscrito en un Plan de Salud de Medicare y tiene sólo la Parte B, puede quedarse en su plan.
- no padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante), excepto en los casos mencionados en las páginas 163 – 164.

Nota: Si usted tiene cobertura de recetas médicas de su empleador o sindicato actual o anterior, comuníquese con el administrador de beneficios antes de hacer algún cambio a su cobertura de medicamentos.

- **Fin de esta página**

¿Quién puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas?

Todo beneficiario con el Plan Original de Medicare, un Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare que no ofrezca cobertura de medicamentos recetados o un Plan de Costo de Medicare.

Atención: Por lo general, sólo puede inscribirse en un plan a la vez. **Si actualmente está inscrito en un Plan Medicare Advantage, otro Plan de Salud de Medicare o un plan de Medicare para recetas médicas y se inscribe en otro Plan Medicare Advantage, otro Plan de Salud de Medicare o un plan de Medicare para recetas médicas, quedará desafiliado de su plan actual en cuanto empiece la cobertura del plan nuevo.** Los beneficiarios de algunos Planes Privados de Pago-por-Servicio y aquellos de los Planes de Costo de Medicare también pueden inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas y estar en ambos planes al mismo tiempo.

- **Fin de esta página**

¿Cuándo puedo inscribirme en uno de estos planes?

Usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage, otro Plan de Salud de Medicare o un plan de Medicare para recetas médicas disponible en su área,

1. cuando sea elegible para Medicare por primera vez, durante el período que comienza tres meses antes que cumpla 65 años y termina tres meses después. Si obtiene Medicare por una incapacidad, puede inscribirse tres meses antes y después del mes número 24 de beneficios en efectivo por incapacidad.
2. entre el 15 de noviembre de 2005 y el 15 de mayo de 2006, si usted tiene Medicare. Si se inscribe para el 31 de diciembre de 2005, su cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a su inscripción. Si no se inscribe para el 15 de mayo de 2006, tendrá que esperar hasta el 15 de noviembre de 2006. La inscripción generalmente es por el año.

Nota: En circunstancias especiales usted podría inscribirse en un Plan Medicare Advantage, otro Plan de Salud de Medicare o un plan de Medicare para recetas médicas en otro momento. Por ejemplo, si ya está inscrito en un Plan Medicare Advantage y se muda, puede inscribirse en otro Plan Medicare Advantage que se ofrezca en la zona a la que se ha mudado.

Normas especiales para el 2006, para inscribirse en Planes Medicare Advantage o en otros Planes de Salud de Medicare: En el 2006, tiene hasta el 30 de junio de 2006 para inscribirse en un Plan de Salud de Medicare. Sin embargo, si ya tiene un plan de salud de Medicare que cubre las recetas médicas pero quiere cambiar de plan, y no lo hace hasta el período que va del 15 de mayo al 30 de junio de 2006, sólo podrá cambiar a otro Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Del mismo modo, si tiene un plan sin cobertura de recetas médicas y quiere cambiar, tendrá que hacerlo a otro plan que no ofrezca cobertura de medicamentos recetados.

Aviso especial para la inscripción en un plan de Medicare para recetas médicas: Si no se inscribe en uno de estos planes para el 15 de mayo de 2006 y no tiene actualmente un beneficio de medicamentos recetados que en promedio, cubra al menos lo que cubre el plan de Medicare para recetas médicas, su prima aumentará por lo menos 1% cada mes que usted demora en inscribirse en un plan, y no tuvo una cobertura al menos tan buena como la que ofrece el plan de Medicare para recetas médicas. Usted tendrá que pagar esta penalidad por todo el tiempo en que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Aviso especial si sus ingresos y recursos son limitados: Si usted recibe la cobertura completa de Medicaid de su estado, puede inscribirse o cambiar de plan en cualquier momento. Si solicita y reúne los requisitos para la ayuda adicional y no se inscribe en un plan para el 15 de mayo de 2006, Medicare lo inscribirá en un plan. Si el plan en el que Medicare lo ha inscrito no responde a sus necesidades, puede cambiar de plan una vez antes del 31 de diciembre de 2006. Generalmente su próxima oportunidad para hacerlo será del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año.

¿Cómo me inscribo en un Plan Medicare Advantage, otro Plan de Salud de Medicare o un plan de Medicare para recetas médicas?

Compare estos planes en su área. Una vez que haya escogido el plan que le interesa, comuníquese con el mismo para averiguar cómo inscribirse. Por ejemplo, algunos planes le enviarán un formulario de inscripción. Llene el formulario y devuélvaselo al plan o entréguelo al representante del plan. Puede obtener ayuda para llenar el formulario. Después recibirá una carta del plan informándole cuándo comienza su cobertura.

- **Fin de esta página**

¿Cómo me inscribo en un Plan Medicare Advantage, otro Plan de Salud de Medicare o un plan de Medicare para recetas médicas? (continuación)

Atención: Usted no puede llamar a un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare por teléfono, a menos que esté cambiando a otro plan con la misma compañía, y ofrezca esa opción. Además, si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas por Internet, el plan debe enviarle una factura. El plan no puede solicitarle el pago cuando se inscribe.

Normas especiales para las personas que padecen de Enfermedad Renal en Etapa Final:

Si usted padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por su sigla en inglés) y está inscrito en el Plan Original de Medicare, pude inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas pero, por lo general, no puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare; si ya está inscrito en uno de estos planes, puede quedarse o inscribirse en otro plan ofrecido por la misma compañía en el mismo estado. Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso, tal vez pueda inscribirse en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare. Visite www.medicare.gov o llame gratis al 1 800 633 - 4227 para información sobre ESRD y los Planes Medicare Advantage u otros Planes de Salud de Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

¿Cómo me inscribo en un Plan Medicare Advantage, otro Plan de Salud de Medicare o un plan de Medicare para recetas médicas? (continuación)

Normas especiales para las personas que padecen de Enfermedad Renal en Etapa Final (continuación):

Si padece de ESRD y está en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare y el mismo abandona Medicare o ya no brinda cobertura en su área, usted tiene derecho por única vez a inscribirse en otro Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de medicare. No tiene que usar este derecho inmediatamente. Si cambia directamente al Plan Original de Medicare después que su plan abandone Medicare o deje de brindar cobertura, igual tendrá por única vez el derecho a inscribirse en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare en una fecha posterior siempre que el plan acepte miembros nuevos.

También podrá inscribirse en un Plan de Necesidades Especiales para aquellos beneficiarios con ESRD, si hubiese uno disponible en su zona.

- **Fin de esta página**

¿Puedo quedarme con mi póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) si me inscribo en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare?

Sí, puede quedársela. Sin embargo, tendrá que seguir pagando sus primas y podría obtener pocos o ningún beneficio de la misma mientras está en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare, tendrá que pagar los copagos y deducibles. Además, si su plan paga los medicamentos recetados y usted tiene una póliza Medigap que cubre las recetas médicas, esta cobertura debe ser quitada de la póliza Medigap y la prima cambiará. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud si necesita ayuda para decidir si se queda con su póliza Medigap (vea las páginas 206 – 212 para obtener el número de teléfono).

Si cancela su póliza Medigap, tal vez no pueda recuperarla, excepto en ciertas circunstancias. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez a los 65 años, o si ésta es la primera vez que se inscribe en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare, o en una póliza Medicare SELECT, podría tener protecciones especiales de Medigap que le otorgan el derecho a recuperar su póliza Medigap anterior o en una nueva si decide abandonar su plan durante el primer año. En ese momento, también podría inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

¿Puedo quedarme con mi póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) si me inscribo en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare? (continuación)

Si desea más información sobre las pólizas y protecciones de Medigap, visite www.medicare.gov o llame gratis al 1 800 633 - 4227 y obtenga una copia gratis de la publicación "Selección de una póliza Medigap: Una Guía de Seguro de Salud para las Personas con Medicare" (Pub. CMS No. 02110 - S).

¿Puedo inscribirme en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare si tengo cobertura de mi empleador o sindicato?

Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare y también tiene cobertura de un empleador o sindicato puede, en algunos casos, seguir usando esta cobertura junto con la de su plan. Hable con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato sobre las normas que se aplican. Recuerde, si deja su cobertura de empleador o sindicato tal vez no pueda recuperarla.

- **Fin de esta página**

Cambio de Plan Medicare Advantage, otros Planes de Salud de Medicare o de un plan de Medicare para recetas médicas

¿Cuándo puedo cambiar mi plan?

Por lo general, si se inscribe en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare o en un plan de Medicare para recetas médicas, sólo podrá cambiar de planes en ciertas circunstancias. **Usted puede cambiar su plan del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año.** La inscripción generalmente es por el año. En algunos casos, por ejemplo si se muda o ingresa a un asilo de ancianos, podrá cambiar de plan en otros momentos. Una vez que pidió el cambio, su plan le avisará por escrito, la fecha en que termina su cobertura. Si no recibe una carta, llame al plan y solicítela.

Nota: Los miembros de los Planes Medicare Advantage u otros Planes de Salud de Medicare no tendrán otra opción para cambiar de planes hasta el 30 de junio de 2006.

- **Fin de esta página**

Cambio de Plan Medicare Advantage, otros Planes de Salud de Medicare o de un plan de Medicare para recetas médicas (continuación)

¿Cómo cambio de plan?

Usted puede cambiar de plan de tres maneras:

1. Inscribirse en otro plan de Medicare
2. Escribir o llamar a su plan
3. Llamar gratis al 1 800 633 - 4227

Si desea cambiar de un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare al Plan Original de Medicare y comprar una póliza Medigap, debe comunicarse con su plan o llamar gratis al 1 800 633 - 4227. Solo por inscribirse en una póliza Medigap usted no dará por terminada su cobertura de Plan Medicare Advantage o de otro Plan de Salud de Medicare. Después del 1 de enero de 2006, no podrá comprar una póliza Medigap con cobertura de recetas médicas. En algunos casos, no podrá comprar ninguna póliza Medigap.

Si desea hablar con alguien para que le ayude a decidir si esto le conviene, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud. El teléfono aparece en las páginas 206 – 212.

¿Cómo cambio de plan? (continuación)

Si desea cambiar de un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare a otro Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare, para el 30 de junio de 2006, simplemente inscríbase en el nuevo plan que ha escogido. No tiene que avisarle a su antiguo plan ni enviarle nada. Usted será desafiliado automáticamente del antiguo plan cuando empiece la cobertura del nuevo. Recibirá una carta de su plan nuevo avisándole cuándo comienza su cobertura.

¿Qué ocurre si me mudo fuera del área de servicio del plan?

Tal vez tenga que cambiar de plan. Sin embargo, puede llamar al plan para averiguar si puede quedarse en el mismo. Si tiene que cambiar a otro plan, siga las instrucciones de la página 168 para cambiar de Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare o un plan de Medicare para recetas médicas. Usted puede inscribirse en otro Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare si está disponible en su área, o en un plan de Medicare para recetas médicas. También puede inscribirse en el Plan Original de Medicare porque se ha mudado del área de servicio del plan y entonces tendrá derecho a comprar una póliza Medigap (vea las páginas 74 – 79). Recuerde, no se venderán pólizas Medigap con cobertura de recetas médicas después del 1 de enero de 2006.

¿Qué puedo hacer si mi plan se retira del Programa Medicare?

Al final del año, su plan podría decidir retirarse del Programa Medicare. Si este fuese el caso, su plan le enviará una carta de notificación. La carta le dirá cuáles son sus opciones.

Normas especiales si está inscrito en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare que se retira del Programa Medicare. Usted regresará automáticamente al Plan Original de Medicare si no escoge inscribirse en otro Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare. Tendrá derecho a comprar una póliza Medigap (vea las páginas 74 – 79). En este caso, debe obtener la mayor cantidad de información sobre sus opciones, antes de tomar una decisión. Independientemente de su elección, usted continúa en el Programa Medicare y obtendrá los servicios cubiertos por Medicare.

Si su plan cubre los medicamentos recetados y usted quiere continuar recibiendo este beneficio, necesita inscribirse en otro plan que lo ofrezca. Si decide regresar al Plan Original de Medicare y quiere continuar con la cobertura de medicamentos, tendrá que inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

¿Qué debo hacer si debo dejar mi Plan Medicare Advantage u otro plan de Salud de Medicare porque el plan reduce el área de servicio?

Al final del año, su plan podría decidir no brindar servicios en todos los condados o códigos postales de un área. Si su plan reduce el área de servicio y no hay otros planes en su zona, tal vez pueda quedarse con la cobertura del plan. Pregúntele a su plan. Si el plan ofrece esta opción, usted tiene que estar de acuerdo en trasladarse hasta el área de servicio del plan para obtener el cuidado que necesite (excepto para emergencias o cuidado urgente). Si su plan no ofrece esta opción, usted regresará automáticamente al Plan Original de Medicare el 1 de enero. En este caso, tendrá derecho a comprar una póliza Medigap (vea las páginas 74 – 79). Recuerde, no se venderán pólizas Medigap con cobertura de recetas médicas después del 1 de enero de 2006.

- **Fin de esta página**

Notas



Sección 10: Otros Seguros y Formas de Pagar por sus Gastos de Salud

Ahora es un momento muy oportuno para revisar su cobertura de salud. Puede ser que además de Medicare usted tenga, o que pueda conseguir otro tipo de cobertura tal como la de empleador o de jubilado. Es posible que pueda reducir sus gastos directos de bolsillo adquiriendo cobertura suplementaria.

La cobertura que tenga afectará lo que usted paga, los beneficios que obtenga, los médicos a los que puede consultar, y muchas otras cosas que pueden serle importantes. Los otros seguros y maneras de pagar por sus gastos de salud incluyen:

- Cobertura de salud de empleador o sindicato, vea las páginas 175 – 176.
- Beneficios de veteranos, vea la página 176.
- Beneficios para militares retirados (TRICARE), vea la página 177.
- Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB por su sigla en inglés), vea la página 178.
- Seguro de cuidado a largo plazo, vea las páginas 178 – 180.

Para más información sobre cómo funcionan otros seguros con Medicare, visite www.medicare.gov o llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea las páginas 206 – 212 para obtener el número de teléfono), o llame gratis al 1 800 633 - 4227 y obtenga una copia gratis de la publicación “Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero” (Pub. CMS No. 02179 - S).

Recuerde, las palabras subrayadas se definen en las páginas 9 – 17.

- **Fin de esta página**

Cobertura de empleador o sindicato

Llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato actual o antiguo o el de su cónyuge. Pregunte si usted tiene o puede conseguir cobertura para servicios de salud por el empleo actual o pasado suyo o de su cónyuge o de algún familiar. Cuando tiene cobertura de empleador o sindicato, esta cobertura es voluntaria. El empleador o sindicato por lo general tiene derecho a cambiar los beneficios y las primas o dejar de ofrecer dicha cobertura.

Medicare ayudará a los empleadores y sindicatos a continuar brindando a los jubilados cobertura de recetas médicas que cumpla con los estándares de Medicare. Si tiene cobertura de recetas médicas por su empleo actual o antiguo, su empleador o sindicato le informará cómo funcionará su plan de medicamentos con los nuevos planes de Medicare para recetas médicas. En algunos casos, si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato podría limitarse o terminar. Antes de inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato. Para más información, vea las páginas 117 – 121.

Precaución: Si usted abandona la cobertura de salud de su empleador o sindicato, existe la posibilidad de que no pueda recuperarla. También es posible que no pueda dejar la cobertura de medicamentos recetados sin tener que dejar su cobertura de salud. Si desea más información, llame a su administrador de beneficios del empleador o sindicato.

Cobertura de empleador o sindicato (continuación)

Nota sobre COBRA: Si usted es elegible para COBRA (Ley Consolidada Omnibus de Reconciliación del Presupuesto de 1985) porque ha dejado de trabajar o por otras razones, le convendría inscribirse en la Parte B y/o en un plan de Medicare para recetas médicas. No tendrá otro Período de Inscripción Especial cuando termine su cobertura de COBRA y es posible que deba pagar más por la Parte B y/o en un plan de Medicare para recetas médicas si decide inscribirse más tarde. Antes de escoger la cobertura de COBRA, le convendría comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud y preguntarle si sería mejor comprar una póliza Medigap en vez de COBRA. El número de teléfono aparece en el anverso de la última página.

Beneficios para veteranos

Si usted es un veterano de guerra o ha servido en las fuerzas militares, llame al Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos al 1 800 827 - 1000 o visite www.va.gov para informarse sobre los beneficios para veteranos y los servicios disponibles en su área. De acuerdo a la distancia que viva de un centro de atención a veteranos, usted podría obtener el beneficio de recetas médicas del programa de VA.

Beneficios para militares retirados (TRICARE)

TRICARE es un programa para militares retirados y en actividad y miembros de sus familias. Incluye TRICARE Prime, TRICARE Extra, TRICARE Standard. Los retirados militares elegibles para Medicare, de 65 años o más y ciertos miembros de sus familias tienen acceso a cobertura médica extendida conocida como TRICARE for Life (TFL por sus sigla en inglés). Usted debe tener las Partes A y B de Medicare para ser elegible para TFL.

Por lo general, Medicare será el primer pagador para todo servicio cubierto por Medicare. Si Medicare no paga el total de la factura, TRICARE puede pagar los costos como pagador secundario. TRICARE pagará todos los coseguros y deducibles de Medicare, y los servicios que no están cubiertos por el Plan Original de Medicare y que TRICARE cubra. Este seguro también tiene cobertura de recetas médicas.

Si desea más información sobre TRICARE, llame al 1 888 363 - 5433 o visite www.tricare.osd.mil por Internet.

- **Fin de esta página**

Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB por su sigla en inglés)

El programa FEHB ofrece cobertura de salud para los empleados y retirados federales y sus familiares. Generalmente, los planes de FEHB ayudan a pagar por los mismos gastos que paga Medicare. Los planes FEHB también ofrecen cobertura de recetas médicas, exámenes físicos de rutina, atención de emergencia fuera de los EE.UU. y algunos servicios preventivos que Medicare no cubre. Algunos planes FEHB también ofrecen cobertura de servicios dentales y de la vista.

Si usted tiene cobertura del programa FEHB, recibirá información durante la temporada abierta sobre la cobertura de medicamentos recetados. Léala atentamente. Comuníquese con la Oficina de Administración de Personal si tiene más preguntas.

Cómo pagar por el cuidado a largo plazo

El cuidado a largo plazo puede ser muy costoso. Dado que Medicare por lo general no cubre este tipo de cuidado, es importante que planifique con anticipación y antes que ocurra una crisis. Debe pensar cómo obtener y pagar por este tipo de atención antes de necesitarla. A continuación le presentamos algunas opciones a tener en cuenta:

(Continua en la próxima página)

Cómo pagar por el cuidado a largo plazo (continuación)

A. Seguro de cuidado a largo plazo

Las agencias de seguros privadas venden este tipo de seguro de cuidado a largo plazo que, por lo general, cubre la atención médica y no médica para asistirlo con sus necesidades personales, como el bañarse, vestirse, usar el baño, y comer.

Si desea más información sobre seguros de cuidado a largo plazo, consiga una copia de la "Guía del Comprador sobre Seguros de Cuidado a Largo Plazo", ya sea del Departamento Estatal de Seguros (llame gratis al 1 800 633 - 4227 para obtener el número de teléfono) o de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (National Association of Insurance Commissioners), 2301 McGee Street, Suite 800, Kansas City, MO, 64108-3600. O, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (el número aparece en las páginas 206 – 212).

Importante: Si decide comprar un seguro de cuidado a largo plazo, asegúrese que la compañía y el agente, si uno de ellos participa en la transacción, estén licenciados en su estado. Si no está seguro, llame al Departamento Estatal de Seguros.

Cómo pagar por el cuidado a largo plazo (continuación)

B. Hipotecas invertidas

Es una opción que tienen los propietarios de viviendas. Permite usar el capital (después de deducir la hipoteca) de su vivienda como una fuente de ingreso sin perder la propiedad de la misma. Es un tipo de préstamo. Hable con un abogado o asesor financiero sobre los beneficios y riesgos de una hipoteca invertida. También puede ir a www.medicare.gov y seleccionar "Herramientas de búsqueda" en la parte superior de la página.

C. Seguro de vida

Algunas compañías de seguro le permiten usar su seguro de vida para pagar por el cuidado a largo plazo. Pregunte a su agente de seguros cómo funciona.

D. Recursos personales

Usted puede usar sus ahorros para pagar por el cuidado a largo plazo. Una vez que haya utilizado casi todos sus recursos, tal vez sea elegible para Medicaid (vea la página 150).

Si desea más información sobre este tipo de cuidado visite www.medicare.gov o llame gratis al 1 800 633 - 4227 y obtenga una copia gratis de la publicación "Selección de Cuidado a Largo Plazo: Una Guía para las Personas con Medicare" (Pub. CMS. No. 02223 - S).



Sección 11: Sus Derechos Medicare

Su derecho a apelar una denegación de servicios

Si tiene Medicare, tiene ciertos derechos garantizados. Unos de estos derechos es el de un proceso justo, eficiente, y oportuno para apelar decisiones sobre servicios de salud, o pagos por los mismos. **No importa el plan de Medicare que tenga, siempre tiene el derecho de apelar. Usted puede apelar si:**

- no se cubre un servicio, que usted cree que debería estar cubierto.
- le niegan un servicio o suministro y usted cree que debería estar cubierto.
- lo está de acuerdo con la cantidad que se está pagando.

Las instrucciones para presentar una apelación se encuentran en el Resumen de Medicare (si está inscrito en el Plan Original Medicare) o en los materiales de su plan de salud (si está en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Salud de Medicare) o en los materiales de su plan de medicamentos (si está en un plan de Medicare para recetas médicas). Si decide tramitar una apelación, pídale a su médico o proveedor cualquier información que pueda servirle para su caso.

Recuerde, las palabras subrayadas se definen en las páginas 9 – 17.

Su derecho a apelar una denegación de servicios (continuación)

Si está en el Plan Original Medicare, está protegido de cuentas inesperadas. Un médico o suplidor podría entregarle un aviso que dice que Medicare probablemente (o indudablemente) no pagará el servicio que se brinde. Si todavía quiere recibir el servicio, le pedirán que firme un acuerdo donde estipule que usted mismo pagará por el servicio de salud, si Medicare no lo hace. Esto recibe el nombre de Preaviso al Beneficiario. Los Preavisos al Beneficiario se usan en el Plan Original Medicare. Los Planes Medicare Advantage, Planes de Salud de Medicare y los planes de Medicare para recetas médicas tienen otras formas de darle esta información.

Si no está seguro qué se le cobró a Medicare por los servicios que recibió, escriba al proveedor de servicios de salud y pida una cuenta detallada. Esta cuenta listará cada artículo o servicio de Medicare que recibió de su proveedor de servicios de salud. La deberá recibir dentro de 30 días. Además, puede revisar su Resumen de Medicare para ver si se le cobró el servicio a Medicare. Si el servicios no se cobró a Medicare puede solicitar una "Demanda de Facturación."

Si está en un Plan Medicare Advantage, Plan Salud de Medicare o en un plan de Medicare para recetas médicas, llame a su plan para averiguar si el servicio fue cubierto. El plan deberá informarle, si usted pregunta.

Apelaciones aceleradas

Si está en el Plan Original de Medicare, tendrá derecho a una apelación acelerada cuando terminen los servicios del proveedor. A esto se le conoce como "revisión acelerada". Usted podrá obtener una revisión acelerada de la decisión, cuando le den de alta (o interrumpan los servicios) del hospital, centro de enfermería especializada, agencia de cuidado de salud en el hogar, centro de rehabilitación ambulatoria completa o de un hospicio. Recibirá un aviso del proveedor indicándole cómo apelar si piensa que sus servicios fueron interrumpidos antes de tiempo. Usted obtendrá una revisión acelerada de médicos independientes que decidirán si los servicios deberían o no haber sido interrumpidos. Si decide apelar, pida a su médico toda información que pudiera servir a su caso. Puede que tenga otros derechos de apelación si pierde el período aprobado para solicitar una apelación acelerada.

- **Fin de esta página**

Apelaciones aceleradas (continuación)

Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare, tiene derecho a una apelación acelerada. Puede obtener una revisión rápida cuando le den de alta (o interrumpan los servicios) de un centro de enfermería especializada, agencia de cuidado de salud en el hogar, centro de rehabilitación ambulatoria completa o está internado en un hospital. Recibirá un aviso del proveedor indicándole cómo apelar si piensa que sus servicios fueron interrumpidos antes de tiempo. Usted obtendrá una **revisión acelerada** de médicos independientes que decidirán si los servicios deberían o no haber sido interrumpidos. Puede que tenga otros derechos de apelación si pierde el período aprobado para solicitar una apelación acelerada.

¿Puedo apelar las decisiones de mi plan de Medicare para recetas médicas?

Sí. Usted tiene derecho a obtener una explicación por escrito de su plan de medicamentos recetados. Algunas de las razones para solicitarla es si su farmacéutico le dice que el plan no cubre un medicamento o piensa que le han pedido que pague más de lo que debe. También puede solicitar una "excepción" si usted y su médico piensan que necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan.

¿Puedo apelar las decisiones de mi plan de Medicare para recetas médicas? (continuación)

Si no está de acuerdo con la información proporcionada por su farmacéutico, comuníquese con su plan y pida una determinación de cobertura. La farmacia le dará o mostrará un aviso que explica cómo comunicarse con su plan de medicamentos recetados. Una vez que el plan reciba su pedido, tiene 72 horas (para un pedido estándar) o 24 horas (para un pedido acelerado) para tomar una decisión. Si no está de acuerdo con esa decisión, tiene derecho a apelar.

Usted debe apelar dentro de los 60 días de la fecha en que se tomó la decisión. Un pedido estándar se debe hacer por escrito a menos que su plan admita el pedido por teléfono. Usted puede solicitar oralmente o por escrito una decisión acelerada. Una vez que el plan reciba su pedido tiene 7 días (para un pedido estándar de cobertura o para reembolsarle el dinero) o 72 horas (para un pedido acelerado de cobertura) para tomar una decisión.

Cuando se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas, el plan le enviará la información sobre procedimientos de apelación. Léala atentamente y llame al plan si tiene preguntas.

¿Puedo apelar las decisiones de mi plan de Medicare para recetas médicas? (continuación)

Si desea más información sobre sus derechos de apelación, visite www.medicare.gov o llame gratis al 1 800 633 - 4227 y diga "Publicaciones" para obtener una copia gratis de "Su Guía de Medicare sobre la Cobertura para Recetas Médicas" (Pub. CMS No. 11109 - S).

Otros derechos Medicare

Además, tiene derecho a

- recibir información
- recibir servicios de emergencia
- acudir a médicos, especialistas, incluyendo especialistas en la salud de la mujer, y hospitales certificados por Medicare
- participar en decisiones de tratamiento
- conocer cuáles son sus opciones de tratamiento
- recibir servicios culturalmente competentes (por ejemplo, bajo ciertas circunstancias, materiales traducidos en su idioma)
- presentar quejas
- no ser discriminado
- confidencialidad de la información personal y médica

Otros derechos Medicare (continuación)

Si desea más información sobre sus derechos de apelación, visite www.medicare.gov o llame gratis al 1 800 633 - 4227 y diga “Publicaciones” para obtener una copia gratis de “Sus Derechos y Protecciones Medicare” (Pub. CMS No. 10112 - S).

Aviso sobre prácticas de privacidad del Plan Original de Medicare

Este aviso describe cómo se usará o divulgará su información médica y cómo puede tener acceso a al misma, léala atentamente

Por ley, Medicare debe proteger su información personal. También debe darle este aviso para explicarle cómo usará o divulgará su información médica.

Medicare usará su historial médico para brindar información:

- a usted u otra persona que actúe como su representante legal,
- al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si fuese necesario, para garantizar que su privacidad esté protegida, y
- cuando la ley así lo requiera.

Aviso sobre prácticas de privacidad del Plan Original de Medicare (continuación)

Medicare tiene derecho a usar o divulgar su información médica para pagar por su atención o para operar el Programa Medicare. Por ejemplo:

- Las empresas de seguro de Medicare usan su información médica para pagar o denegar las reclamaciones, para cobrar las primas, para compartir sus beneficios de pagos con otros seguros o para preparar el Aviso de Medicare.

- Medicare podría usarla para asegurarse que usted y otros beneficiarios obtengan cuidados de calidad, para brindar servicio al cliente, para solucionar cualquier problema que tenga o para comunicarse con usted para un proyecto de investigación.

Medicare puede usar o divulgar su información médica para los propósitos siguientes y en circunstancias limitadas

- para las agencias estatales o federales que tenga derecho legal a recibir información de Medicare (por ejemplo para asegurarse que Medicare está haciendo los pagos apropiados y para los programas federales/estatales Medicaid),

Aviso sobre prácticas de privacidad del Plan Original de Medicare (continuación)

- para actividades relacionadas con la salud pública (por ejemplo un brote de una enfermedad),
- para el control de actividades del gobierno relacionadas con el cuidado de la salud (por ejemplo investigaciones sobre fraude y abuso),
- para procesos judiciales y administrativos (respuesta a una orden judicial),
- para garantizar el cumplimiento de la ley (por ejemplo brindar información limitada para localizar una persona desaparecida),
- para trabajos de investigación, incluido encuestas que cumplan con los requisitos legales de privacidad (investigación relacionada con la prevención de enfermedades o incapacidades),
- para evitar una amenaza seria e inminente para la seguridad o la salud,
- para comunicarse con usted para cambios en sus beneficios de Medicare, y
- para crear un banco de información que ya no pueda ser identificado con usted.

Aviso sobre prácticas de privacidad del Plan Original de Medicare (continuación)

Por ley, Medicare debe obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica personal para cualquier propósito no especificado en este aviso. Usted puede revocar ("retirar") su autorización en cualquier momento, excepto si Medicare ya ha utilizado su información basándose en el permiso otorgado.

Por ley, usted tiene derecho a:

- ver y pedir una copia de su información médica en poder de Medicare.

- solicitar que se corrija su información médica si cree que está equivocada o si falta información y Medicare está de acuerdo. Si Medicare no está de acuerdo, usted puede agregar a su legajo una declaración donde exprese su desacuerdo.

- obtener una lista de quienes recibirán de Medicare su información médica personal. La lista no indicará la información personal que se le haya proporcionado a usted o a su representante legal, la que fue proporcionada para pagar por su cuidado o el fucionamiento de Medicare o la que se le proporcionó para los que velan por el cumplimiento de la ley.

Aviso sobre prácticas de privacidad del Plan Original de Medicare (continuación)

- pedirle a Medicare que se comunique con usted de otra manera o en un lugar diferente (por ejemplo, enviándole materiales a un P.O. Box en vez de a su casa).
- pedirle a Medicare que limite el modo en que se usa o se divulga su información médica para pagar las reclamaciones y para el funcionamiento del Programa Medicare. Tenga presente que tal vez Medicare no esté de acuerdo con este pedido.
- obtener una copia impresa de este aviso.

Visite www.medicare.gov para más información sobre:

- el ejercicio de sus derechos mencionados en este aviso.
- cómo presentar una queja si usted cree que el Plan Original de Medicare ha violado sus derechos de privacidad. Si usted presenta una queja sobre sus beneficios de Medicare no se verán afectados.

También puede llamar gratis al 1 800 633 - 4227 para obtener esta información. Pida por un representante de servicio al cliente y pregúntele sobre el aviso de privacidad de Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

Aviso sobre prácticas de privacidad del Plan Original de Medicare (continuación)

Usted puede presentar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Visite www.hhs.gov/ocr/hipaa o llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1 866 627 - 7748. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 800 537 - 7697.

Por ley, Medicare debe cumplir con los términos del aviso de privacidad. Medicare tiene el derecho de cambiar el modo en que su información personal se usa o divulga, si lo hace, usted recibirá un aviso nuevo dentro de los 60 días del cambio.

El Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Plan Original de Medicare entró en vigencia el 14 de abril de 2003.

- **Fin de esta página**

Usted puede protegerse y proteger a Medicare del fraude en la facturación

La mayoría de médicos, proveedores de servicios de salud y farmacias que trabajan con Medicare son honestos. Algunos no los son. Medicare está trabajando arduamente con otras agencias gubernamentales para protegerlo y proteger al Programa Medicare.

El fraude contra Medicare tiene lugar cuando se le cobra a Medicare por servicios que usted nunca recibió. Todos los años, el fraude contra Medicare se lleva mucho dinero del Programa Medicare. Usted paga por ello, con primas más altas. El fraude puede realizarlo individuos, compañías o grupos de individuos.

Si sospecha de algún fraude en la facturación:

1. Llame a su proveedor de cuidado de salud para asegurarse que la factura está correcta.
2. Llame gratis al 1 800 633 - 4227; los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.
3. Llame a la línea gratuita del Inspector General 1 800 447 - 8477.

Usted puede protegerse y proteger a Medicare del fraude en la facturación (continuación)

Cuando usted recibe servicios de salud del Plan Original Medicare, recibe un Resumen de Medicare (MSN) de una compañía que administra las cuentas de Medicare. Este resumen muestra qué servicios o suministros se cobraron y cuánto pagó Medicare. Deberá revisar que dicho aviso no tenga errores. Asegúrese que no se le cobró a Medicare por ningún servicio o suministro que usted no recibió. Si ve un cargo que puede ser un error, llame al proveedor de servicios de salud, y pregunte al respecto. La cuenta puede estar correcta, y la persona con la que habla lo puede ayudar a comprender mejor los servicios y suministros que recibió. Tal vez descubra un error en la factura que tiene que ser corregido. Si no queda conforme después de hablar con su proveedor, llame gratis al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

- **Fin de esta página**

Usted está protegido contra la discriminación

Cualquier empresa o agencia que trabaje con Medicare debe obedecer la ley. A usted no se le puede dar trato diferente por su raza, color, origen nacional, incapacitación, edad, o religión o sexo bajo determinadas condiciones. También está protegida la privacidad de su información médica. Si usted cree que ha sido tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, llame a la Oficina de Derechos Civiles de su Estado o llame gratis al 1 800 368 - 1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 800 537 - 7697. También puede buscar en www.hhs.gov/ocr por Internet si desea más información.

- **Fin de esta página**

Notas



Sección 12: Para más Información

www.medicare.gov

Vaya al sitio Web oficial de Medicare para respuestas rápidas e información.

En este sitio Web podrá:

- Encontrar un plan de Medicare para recetas médicas
- Comparar las opciones de planes en su área
- Encontrar un médico
- Averiguar si es elegible para Medicare y cuándo puede inscribirse
- Averiguar qué cubre Medicare
- Obtener información sobre la calidad del cuidado brindado por los asilos de ancianos, hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar y centros de diálisis.

- **Fin de esta página**

En este sitio Web podrá (continuación):

- **My.Medicare.gov - NUEVO**
  My.Medicare.gov brinda acceso directo por Internet a sus beneficios de Medicare, elegibilidad e información sobre servicios preventivos – 24 horas al día, 7 días a la semana. Visite este sitio, inscríbase y Medicare le enviará una contraseña que dará acceso a su información personal de Medicare. Más tarde en el 2006, My.Medicare.gov también ofrecerá acceso a la información sobre sus reclamaciones a Medicare. (Este servicio ya está disponible para los residentes de Indiana.)

Línea de Asistencia 1 800 MEDICARE (1 800 633 - 4227)

En Medicare, trabajamos constantemente para mejorar el servicio que le brindamos. El 1 800 MEDICARE (1 800 633 - 4227) ha reemplazado el sistema de selección por tonos por un sistema de voz automatizado, para facilitarle obtener la información las 24 horas del día incluyendo los fines de semana.

El nuevo sistema le hará preguntas a las que usted responderá oralmente (con su voz) y su llamada será enviada automáticamente a donde puedan darle la información.

Línea de Asistencia 1 800 MEDICARE (1 800 633 - 4227) (continuación)

Recuerde:

- hable claramente,
- haga su llamada de un lugar tranquilo, y
- tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

Su llamada puede ser referida rápidamente al representante de servicio al cliente que corresponda si usa el cuadro a continuación. Si en algún momento necesita ayuda diga “Agente” (“Agent”).

- **Fin de esta página**

Línea de Asistencia 1 800 MEDICARE (1 800 633 - 4227) (continuación)

Si llama por...

- La cobertura de Medicare para recetas médicas diga cobertura de medicamentos recetados
- Cuentas médicas, atención médica ambulatoria o rayos X diga servicio médico
- Visita al hospital como paciente ambulatorio o paciente interno o por atención en la sala de emergencia diga estadía en el hospital
- Oxígeno, silla de ruedas, andadores, anteojos, suministros de diabetes o medicinas recetadas cubiertas por Medicare diga suministros médicos
- Opciones de planes de Medicare incluidos los Planes Medicare Advantage diga opciones de planes
- Publicaciones de Medicare diga publicaciones

Los usuarios de TTY deben llamar al 1 877 486 - 2048.

- **Fin de esta página**

Publicaciones de Medicare

A continuación encontrará una lista de publicaciones que cubren los temas de este manual. También hay publicaciones disponibles sobre otros temas. Muchos de estos folletos están disponibles en inglés, español, audiocasete (en inglés y en español), Braille, y en letra grande (en inglés y en español). Para obtener copias de estas publicaciones o para ver qué publicaciones hay disponibles, vaya a www.medicare.gov y seleccione "Buscador" en la parte superior de la página. También puede llamar gratis al 1 800 633 - 4227 y decir "Publicaciones" para obtener una copia gratis. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

Información sobre el Plan Original de Medicare

- "Sus Beneficios Medicare" (Pub. CMS No. 10116 - S).
- "Inscribirse en Medicare" (Pub. CMS No. 11036 - S).
- "Guía Sobre los Servicios Preventivos de Medicare" (Pub. CMS No. 10110 - S).
- "Sus Derechos y Protecciones Medicare" (Pub. CMS No. 10112 - S).
- "Selección de una Póliza Medigap: Su Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare" (Pub. CMS No. 02110 - S).

Publicaciones de Medicare (continuación)

Información sobre los Planes Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare

- "Selección de un Plan de Salud de Medicare: Su Guía para Personas con Medicare" (Pub. CMS No. 02219 - S).
- "Resumen Rápido sobre la Nueva Cobertura de Medicare para Recetas Médicas para las personas con un Plan de Salud Medicare con cobertura para recetas médicas" (Pub. CMS No. 11135 - S).
- "Los Datos sobre los Planes Medicare Advantage" (Pub. CMS No. 11061 - S).

Información sobre la cobertura de recetas médicas

- "Su Guía de Medicare sobre La Cobertura para Recetas Médicas" (Pub. CMS No. 11109 - S).
- "Introduciendo la Nueva Cobertura de Medicare para Recetas Médicas" (Pub. CMS No. 11103 - S).
- "Los Datos sobre los Planes de Medicare para Recetas Médicas" (Pub. CMS No. 11065 - S).
- "Resumen Rápido sobre la Nueva Cobertura de Medicare para Recetas Médicas" (Pub. CMS No. 11102 - S).

Otros contactos importantes

Los números de los contactos importantes son los de las organizaciones que brindan servicios en toda la nación. Estos números telefónicos eran correctos al momento de la impresión del manual, pero a veces pueden cambiar. Para obtener los números más actualizados, visite www.medicare.gov y seleccione "Buscador" en la parte superior de la página. O llame gratis al 1 800 633 - 4227.

Línea de asistencia (vea la página 198) 1 800 633 - 4227 TTY 1 877 486 - 2048	**Contratista de Coordinación de Beneficios** 1 800 999 - 1118 TTY 1 800 318 - 8782 **Departamento de Defensa/TRICARE** 1 888 363 - 5433
Administración del Seguro Social Llame para cambios de nombre o de domicilio, defunciones, inscripción a Medicare, reemplazo de su tarjeta de Medicare y beneficios del Seguro Social. 1 800 772 - 1213 TTY 1 800 325 - 0778	**Departamento de Salud y Servicios Humanos,** **Oficina del Inspector General** 1 800 447 - 8477 TTY 1 800 377 - 4950 **Oficina de Derechos Civiles** 1 800 368 - 1019 TTY 1 800 537 - 7697

Otros contactos importantes (continuación)

Departamento de Asuntos de Veteranos 1 800 827 - 1000 TTY 1 800 829 - 4833	**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** Vea las páginas 206 – 212
Junta de Retiro Ferroviario (Sólo para beneficiarios de RRB) Oficina local de RRB o 1 800 808 - 0772	

Para estas organizaciones locales puede visitar www.medicare.gov o llamar gratis al 1 800 633 - 4227 para obtener los números de teléfono en su estado.

Departamento Estatal de Seguros—

Llames si tiene preguntas generales sobre seguros.

Oficina Estatal de Asistencia Médica—

Llame si tiene preguntas sobre programas (incluido Medicaid) de ayuda para pagar los gastos médicos de las personas con ingresos y recursos limitados.

Organización para el Mejoramiento de Calidad—

Llame si tiene quejas cobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare.

Otros contactos importantes (continuación)

Llame gratis al 1 800 633 - 4227 para que lo comuniquen con las siguientes organizaciones en su estado.

Diga "Suministros médicos" para que lo comuniquen con la Empresa Regional de Equipo Médico Duradero—

Llame si tiene preguntas sobre el equipo médico duradero tal como aparatos ortopédicos, ortóticos u otros.

Diga "Servicios médicos" para que lo comuniquen con la Empresa de Seguro de Medicare—

Llame si tiene preguntas sobre los servicios y facturas de la Parte B (Seguro Médico). (Los beneficiarios de la Junta de Retiro Ferroviario deberán llamar al 1 800 833 - 4455.)

Diga "Asilo de ancianos", "Cuidado de salud en el hogar" u "Hospicio" para que lo comuniquen con el Intermediario Regional de Cuidado de Salud en el Hogar—

Llame si tiene preguntas sobre las facturas por los servicios de cuidado de salud en el hogar.

Los usuarios de TTY deberán llamar al 1 877 486 - 2048.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud: Para ayudarle con preguntas sobre los derechos y protecciones de Medicare, apelaciones, escoger un plan de salud, y comprar una póliza Medigap o algún otro seguro de salud.

Estados A a la F

A **Alabama** 1 800 243 - 5463	**C** **California** 1 800 434 - 0222 llamadas dentro del estado
Alaska 1 800 478 - 6065 llamadas dentro del estado	**Colorado** 1 888 696 - 7213
American Samoa Número de teléfono no disponible	**Connecticut** 1 800 994 - 9422 llamadas dentro del estado
Arizona 1 800 432 - 4040	**D** **Delaware** 1 800 336 - 9500 llamadas dentro del estado
Arkansas 1 800 224 - 6330	**F** **Florida** 1 800 963 - 5337

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud: Para ayudarle con preguntas sobre los derechos y protecciones de Medicare, apelaciones, escoger un plan de salud, y comprar una póliza Medigap o algún otro seguro de salud.

Estados G a la L

G **Georgia** 1 800 669 - 8387	**I (continuación)** **Indiana** 1 800 452 - 4800
Guam 1 671 735 - 7382	**Iowa** 1 800 351 - 4664
H **Hawaii** 1 888 875 - 9229	**K** **Kansas** 1 800 860 - 5260
I **Idaho** 1 800 247 - 4422 llamadas dentro del estado	**Kentucky** 1 877 293 - 7447
Illinois 1 800 548 - 9034 llamadas dentro del estado	**L** **Louisiana** 1 800 259 - 5301 llamadas dentro del estado

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud: Para ayudarle con preguntas sobre los derechos y protecciones de Medicare, apelaciones, escoger un plan de salud, y comprar una póliza Medigap o algún otro seguro de salud.

Estados M a la N

M **Maine** 1 800 750 - 5353 llamadas dentro del estado	**M (continuación)** **Mississippi** 1 800 948 - 3090
Maryland 1 800 243 - 3425 llamadas dentro del estado	**Missouri** 1 800 390 - 3330
Massachusetts 1 800 243 - 4636	**Montana** 1 800 551 - 3191 llamadas dentro del estado
Michigan 1 800 803 - 7174	**N** **Nebraska** 1 800 234 - 7119
Minnesota 1 800 333 - 2433	**Nevada** 1 800 307 - 4444

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud: Para ayudarle con preguntas sobre los derechos y protecciones de Medicare, apelaciones, escoger un plan de salud, y comprar una póliza Medigap o algún otro seguro de salud.

Estados N a la O

N (continuación) **New Hampshire** 1 800 852 - 3388 llamadas dentro del estado	**N (continuación)** **North Dakota** 1 800 247 - 0560
New Jersey 1 800 792 - 8820 llamadas dentro del estado	**Northern Mariana Islands** Número de teléfono no disponible
New Mexico 1 800 432 - 2080 llamadas dentro del estado	**O** **Ohio** 1 800 686 - 1578
New York 1 800 333 - 4114	**Oklahoma** 1 800 763 - 2828 llamadas dentro del estado
North Carolina 1 800 443 - 9354 llamadas dentro del estado	**Oregon** 1 800 722 - 4134 llamadas dentro del estado

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud: Para ayudarle con preguntas sobre los derechos y protecciones de Medicare, apelaciones, escoger un plan de salud, y comprar una póliza Medigap o algún otro seguro de salud.

Estados P a la V

P **Pennsylvania** 1 800 783 - 7067	**T** **Tennessee** 1 877 801 - 0044
Puerto Rico 1 877 725 - 4300	**Texas** 1 800 252 - 9240
Rhode Island 1 401 462 - 0508	**U** **Utah** 1 800 424 - 4640
S **South Carolina** 1 800 868 - 9095	**V** **Vermont** 1 800 642 - 5119 llamadas dentro del estado
South Dakota 1 800 536 - 8197	**Virgin Islands** 1 340 776 - 8311 -1005

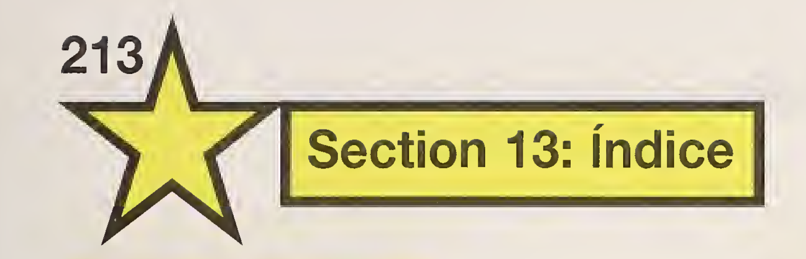
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud: Para ayudarle con preguntas sobre los derechos y protecciones de Medicare, apelaciones, escoger un plan de salud, y comprar una póliza Medigap o algún otro seguro de salud.

Estados V a la W

V (continuación) **Virginia** 1 800 552 - 3402	**W (continuación)** **West Virginia** 1 877 987 - 4463
W **Washington** 1 800 562 - 6900	**Wisconsin** 1 800 242 - 1060
Washington D.C. 1 202 739 - 0668	**Wyoming** 1 800 856 - 4398

- **Fin de esta página**

Notas



Letras A a la B

1 800 633 - 4227 ___ 55, 198 – 205

A

Acupuntura ___ 50
Administración del Seguro Social (SSA) ___ 30, 34, 203
anverso de la última página
Andadores ___ 32, 36, 43
Anteojos ___ 44, 51
Aparatos de asistencia auditiva ___ 50
Aparatos ortopédicos/abrazaderas
___ (cuello, brazos, espalda y piernas) ___ 46
Apelación ___ 9, 181 – 187
Área de servicio ___ 91, 157, 169 – 171
Asignación ___ 72, 73
Asilos de ancianos ___ 95
Aviso al Beneficiario por Adelantado ___ 181, 182
Ayuda (anverso de la última página)

B

Beneficios de Salud para empleado Federales (FEHB)
___ 127, 128, 178
Beneficios para militares retirados ___ 127, 128, 177
Beneficios para veteranos ___ 61, 127, 128, 144 – 149, 176
Bienvenido a Medicare (Examen físico) ___ 35, 41

Letra C (continuación)

C

Calidad ___ 62, 197
Cama de hospital ___ 32, 35, 43
Cantidad aprobada por Medicare ___ 9, 72
Cargo limitante/límite ___ 72
Centro de Enfermería Especializada (SNF) ___ 13, 29 – 33,
___ 70
Centro de rehabilitación ambulatorio ___ 184
Cirugía estética ___ 50
Cobertura acreditable de medicamentos recetados
___ 117, 118
Cobertura estándar ___ 117, 137
COBRA ___ 176
Colonoscopía ___ 38
Contratista de Coordinación de Beneficios ___ 79 – 81,
___ 103, 203
Copago ___ 10, 50, 66, 69 – 71, 77, 89, 138
Coseguro ___ 10, 50, 66, 69 – 71, 77, 89
Costos
___ Asignación ___ 72, 73
___ Coseguro ___ 10, 50, 66, 69 – 71, 77, 89, 138
___ Copago ___ 10, 50, 66, 69 – 71, 77, 89, 138
___ Deducible ___ 11, 50, 66, 69 – 71, 77, 89, 137, 138
___ Ayuda con los gastos ___ 24, 30, 79, 80, 141, 142, 156
Cuidado ambulatorio ___ 33, 34
Cuidado de custodia/compañía ___ 50
Cuidado dental ___ 50
Cuidado de hospicio ___ 29 – 33

Letra C a la D

C (continuación)

Cuidado de relevo ___ 31 – 33
Cuidado de la salud en el hogar ___ 29 – 33, 36, 69
Cuidado de salud a largo plazo ___ 10, 45, 50, 178 – 180
Cuidado de salud mental ___ 31, 35, 36, 47, 70
Cuidado de los pies ___ 44, 51
Cuidado de la vista ___ 51
Cuidado urgente ___ 49, 91

D

Deducible ___ 34, 66, 137, 138
Definiciones ___ 9 – 17
Demanda de factura ___ 182
Departamento de Defensa ___ 203
Departamento Estatal de Seguros ___ 204
Departamento de Salud y Servicios Humanos (Oficina del
___ Inspector General) ___ 57, 193, 203
Departamento de Asuntos de Veteranos ___ 127, 128, 204
Derechos ___ 35, 87, 181 – 196
Derechos de privacidad ___ 187 – 192
Diabetes ___ 38, 43, 45, 51, 96
Diálisis renal ___ 44
Durable Medical Equipment (like wheelchairs) ___ 32, 35, 43
Durable Medical Equipment
___ Regional Carrier ___ 205
Discriminación ___ 186, 195

Letras E a la F

E

Electrocardiograma (EKG) ___ 47
Elegibilidad para Medicare ___ 27
Empresa de Seguro Medicare ___ 205
Empresa regional de equipo médico duradero ___ 205
Enfermedad del corazón ___ 37
Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) ___ 27, 158, 163
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas)
___ 32, 35, 43
Especialista ___ 42 – 44
Evaluación de cáncer colorectal ___ 38
Examen clínico de los senos ___ 41, 90 – 92
Exámenes del oído ___ 44, 50
Evaluación de la próstata (prueba de PSA) ___ 41
Exámenes físicos ___ 51
Examen pélvico ___ 40

F

Facturas (reclamaciones)
___ Parte A ___ 67 – 73
___ Parte B ___ 67 – 73
Formulario ___ 11, 108
Fraude (Facturación) ___ 56 – 57
___ Línea abierta contra el fraude ___ 57

Letras H a la L

H

HMO (vea Organización para el Mantenimiento de la Salud)
___ 14, 90 – 92, 122, 123, 157, 158
Hospital (cuidado, cobertura de internación) ___ 31 – 33,
___ 70, 71
Hospitales de acceso crítico ___ 29 – 33

I

Imagen por Resonancia Magnética (MRI) ___ 47
Información sobre planes locales ___ 91 – 97
Incapacitado ___ 27, 29
Ingresos limitados Inscripción y cambio de plan
___ 24, 30, 77 – 81, 77 – 81, 141 – 156, 162
Institución ___ 12, 129 – 131, 147 – 149
Intermediario Regional de Cuidado de Salud en el Hogar
___ 205
Internación ___ 29
Internet ___ 197

J

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) ___ 30, 34, 204

L

Línea de ayuda de Medicare ___ 198, 203
Luxación ___ 42

Letras M a la O

M

Mamografía —— 41, 92
Medicaid —— 12, 24, 95, 96, 129 – 131, 150
Medicamentos de marca —— 108
Medicamentos recetados —— 19 – 20, 28, 46, 51
Medicamentos genéricos —— 108
Medicamentos para el cáncer —— 46
Medicare Advantage —— 83 – 97, 102, 103, 105 – 107, 122, 12
Medicare SELECT —— 74 – 79
Medición de masa ósea —— 37
Médico de cuidado primario —— 90 – 92

N

Necesario por razones médicas —— 12, 33
Números telefónicos —— 203 – 205
(anverso de la última página)
Necesario por razones médicas —— 12, 33
Números telefónicos —— 203 – 212

O

Oficina de Asistencia Médica —— 150, 240
Oficina de Derechos Civiles —— 195, 203
Oficina del Inspector General —— 193
Ojos y Miembros Artificiales —— 46
Opción de punto de servicio —— 17, 92
Opciones (planes de salud) —— 28, 59 – 64
Organización de Proveedores Preferidos (PPO)
—— 14, 93, 122, 123

Letras O a la P

O (continuación)

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
___ 14, 90 – 92, 122, 123, 157
Organización para el Mejoramiento de Calidad ___ 204
Organización Regional de Proveedores Preferidos
___ 93
Oxígeno ___ 32, 35, 43

P

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos)
___ 86, 99, 154
Pago condicional ___ 81, 82
Parte A (Seguro de Hospital) ___ 27, 28, 65, 100, 157, 158
Parte B (Seguro Médico) ___ 33 – 51, 65, 100, 102, 103
___ 137, 138, 157, 158, 181, 182
Penalidad ___ 12, 34, 101, 110, 117 – 121
Período de beneficios ___ 13
Plan de Costo de Medicare ___ 13, 86, 98, 157 – 160
Plan de Necesidades Especiales ___ 14, 96
Planes de Medicare para recetas médicas ___ 19, 52, 53,
___ 79 – 81, 102, 103, 106, 159
Planes Privados de Pago-por-Servicio ___ 13, 97, 106, 159
Plan de salud grupal ___ 35, 79 – 81, 102, 103
Planes de Salud de Medicare ___ 52, 53, 83, 84, 102, 103,
___ 122, 123, 159
Plan Original de Medicare ___ 65 – 82, 102, 103, 105 – 107,
___ 124 – 126, 131, 132, 159, 169, 170
___ Costos ___ 70, 71

Letras P a la R

P (continuación)

Pólizas Medigap ___ 74 – 79, 122, 123, 133, 134, 165, 166
Primas ___ 16, 70, 71, 79, 87, 100, 102, 103, 105 – 107, 137
Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) ___ 16, 206 – 212
Programas de Ahorros Medicare ___ 151, 152, 147 – 149
Programas piloto ___ 86, 99
Pruebas/ensayos clínicas ___ 43
Prótesis ___ 46
Pruebas ___ 47
Prueba de glaucoma ___ 39
Prueba Papanicolau ___ 40
Prueba de sangre para evaluación cardiovascular ___ 37
Publicaciones ___ 201, 202

Q

Quejas ___ 186

R

Rayos X ___ 200
Referido ___ 17, 65 – 68, 91, 137

Letra S

S

Sala de emergencias ___ 44, 90 – 92
Sangre ___ 33, 36, 70
Segunda opinión sobre una cirugía ___ 35, 36, 46
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ___ 147 – 149, 152, 153
Seguro de empleador ___ 23, 35, 52, 61, 117 – 121, 144 – 149, 175
Seguro de sindicato ___ 35, 117 – 121, 144 – 149
Seguro Suplementario a Medicare (Vea Pólizas Medigap)
Servicios cubiertos (Partes A y B) ___ 29 – 49
Servicios clínicos de laboratorio ___ 36, 70
Servicios de ambulancia ___ 42
Servicios ambulatorios del hospital ___ 36
Servicios de facultativos ___ 44
Servicios de laboratorio (vea servicios clínicos de laboratorio) ___ 36
Servicios del médico ___ 33 – 36, 70, 71
Servicios de patología del lenguaje/habla ___ 31, 32, 35, 36, 71
Servicios para dejar de fumar ___ 47
Servicios preventivos ___ 37 – 41
Servicios quiroprácticos ___ 42
Silla de ruedas ___ 32, 35, 43

Letras T a la Z

T

Tarjeta de descuento — 156
Tarjeta de descuento para recetas médicas aprobada — por Medicare — 156
Teléfono de texto (TTY) — 17
Telemedicina — 17, 47
Terapia de nutrición — 45
Terapia de medicamentos inmunosupresores — 44 – 49
Terapia física — 31 – 36, 71
Terapia ocupacional — 31 – 36, 71
Tomografía computarizada (CT Scan) — 47
Trasplantes — 48
Trasplante renal — 48
TRICARE for Life — 61, 127, 128, 177, 203

V

Vacunas — 37 – 41, 51
Vacuna contra la gripe/influenza — 39
Vacuna contra la Hepatitis B — 40
Vacuna contra la pulmonía — 40
Vendaje quirúrgico — 47
Viaje al extranjero — 48, 50

W

Web — 197

Z

Zapatos ortopédicos — 43

Números Telefónicos Importantes

Nombre	**Número de Teléfono**
Su médico	
Su médico	
Su médico	
Su dentista	
Su farmacia	
Línea gratis de Asistencia y Ayuda de Medicare Para obtener respuestas sobre Medicare.	1 800 633 - 4227 TTY 1 877 486 - 2048
Administración del Seguro Social Para respuestas sobre elegibilidad, inscripción en Medicare, beneficios de jubilación del Seguro Social o beneficios por incapacidad.	1 800 772 - 1213 TTY 1 800 325 - 0778

"Medicare y Usted 2006" explica al Programa Medicare. No es un documento legal. Las estipulaciones oficiales del Programa de Medicare están contenidas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244 - 1850

Asunto Oficial
Penalidad por Uso Privado, $300

Publicación CMS No. 10050 - LS
Septiembre 2005

Manual Nacional de Medicare

Para obtener este manual en audiocasete (inglés y español), en Braille, en letra grande (inglés), llame gratis al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 877 486 - 2048.

Do you need a copy in English? Please call 1 800 633 - 4227.

- **www.medicare.gov en el sitio web**
- **1 800 633 - 4227**
- **TTY 1 877 486 - 2048**

